

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

KARYA TULIS ILMIAH

ADHYTIA YUDHA PRATAMA

NIM. P17240223062



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

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

ADHYTIA YUDHA PRATAMA

NIM. P17240223062



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATANPROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KAMPUS KAB. TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Adhytia Yudha Pratama.

Tempat tanggal lahir : Nganjuk, 20 September 2004.

Agama : Islam.

Alamat : RT 02/RW 08, Dsn. Karang Tengah,
Ds. Plosoharjo, Kec. Pace, Kab. Nganjuk.

Handphone : 085606360008.

Email : pratamaayudha01@gmail.com.



Riwayat Pendidikan:

1. SDN 1 Plosoharjo 2010-2016.
2. SMPN 1 Pace 2016-2019.
3. SMAN 1 Sukomoro 2019-2022.

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adhytia Yudha Pratama

NIM : P17240223062

Program study: 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 aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek, 31 Januari 2025

Pembimbing



Ns. Ixora, S. Kep., M. Kep.
NIP. 919830626201901201

Yang membuat pernyataan



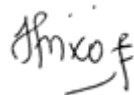
Adhytia Yudha Pratama
NIM: P17240223062

LEMBAR PEESETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Adhytia Yudha Pratama (P17240223062) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 4 April 2025

Pembimbing



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Adhytia Yudha Pratama (P17240223062) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 08 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro.,S.Kep., M.Kep
NIP. 197706042005011013

Anggota Penguji



Ns. Ixora.,S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Mengetahui



Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

MOTTO

“Niatkan sesuatu hal untuk mencari ridho Allah”

“Kerjakan sesuatu hal dengan usaha mu, meskipun terkadang sulit, nikmatilah
itulah seni dari proses menjadi dirimu yang lebih baik”

PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya.....

Ya Allah engkau yang maha pengasih lagi maha penyayang

Sembah sujud ku kepada mu yang telah memberi hamba kekuatan, ilmu, cinta kasih serta kemudahan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kehadiran Rasulullah Muhammad SAW,

Untuk Kedua Orang tua

Terima kasih kepada kedua orang tua ku Bapak Sarif Patnomo dan Ibu Sutarti

Ningsih yang memberikan kasih sayang, dukungan, serta doa yang rela memberikan segalanya pada saya untuk mewujudkan cita cita menjadi seorang perawat, Aku sayang pak buk, semoga niat baik ku pada ke dua orang tua ku engkau mudah kan terwujud ya Allah.

Untuk Keluarga besar

Terima kasih kepada semua keluarga besar yang telah memberikan dukungan, kasih sayang, doa pada saya untuk mengapai cita cita, semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan doa kalian untuk kesuksesanku dan apa ilmu yang saya dapatkan berguna untuk membatu sesama.

Kepada Teman teman

Terimakasih kepada semua teman-teman yang telah membantu, menemani mengerjakan, bimbingan bersama-sama untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah, sesuatu pengalaman yang indah semoga kalian sukses mengapai apa yang di cita-citakan

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku

Ibu Ns. Ixora,S.Kep.,M.Kep dan Bapak Ns. Edi Yuswantoro S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing tugas akhir saya, terima kasih ibu untuk waktunya selama ini, saya sudah dibantu, sudah dinasehati, sudah diajari, saya tidak akan lupa atas bantuan, kesabaran dari ibu dan minta maaf selama bimbingan ada salah ibu. Terima Kasih.....

Seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

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

Aamiin...

KATA PENGANTAR

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

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

1. Dr. Moh Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes.
4. Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Edi Yuswanto, S.Kep.,M.Kep., selaku dewan penguji karya tulis ilmiah yang telah memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
7. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

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

Trenggalek, 10 April 2025

Penulis

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TRENGGALEK

2025

ABSTRAK

Adhytia Yudha Pratama

Asuhan Keperawatan Pada Klien *CVA* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Cerebro Vascular Accident (CVA) merupakan kerusakan fungsi otak yang timbul akibat berkurangnya aliran darah ke otak. *CVA* merupakan penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta menganalisis kesenjangan antara fakta dan teori pada klien dengan *CVA* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengambilan data dengan cara melakukan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang serta analisis secara mendalam. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami *CVA* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta menular.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi cairan, pola tidur, pola eliminasi, pola keyakinan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, telinga, mulut, auskultasi pada bagian dada/thorak, abdomen), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, glossofarinkus, vagus, hipoglossus). Dan masalah keperawatan yang muncul yaitu Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis, Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disatria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit.

Peneliti menyimpulkan bahwa klien *CVA* harus menerapkan pola hidup sehat dan memerlukan perawatan khusus demi terciptanya kesembuhan secara optimal.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, *CVA*, Klien.

HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG
DIII NURSING PROGRAM IN TRENGGALEK

2025

ABSTRACT

Adhytia Yudha Pratama

Nursing Care for Client with CVA at Stroke Unit Room of dr. Soedomo Hospital, Trenggalek

Cerebro Vascular Accident (CVA) is a malfunction of the brain that arises due to reduced blood flow to the brain. The purpose of this study was to provide comprehensive nursing care to clients with CVA in the Stroke Unit Room of dr. Soedomo Hospital, Trenggalek

The research design used descriptive qualitative design with a case study approach. Data collection used interviews, observations, physical examinations and the results of supporting examinations, as well as in-depth analysis. Participants in this were one client who experienced CVA with consciousness awareness without infectious comorbidities. The analysis was conducted by comparing theory and fact.

Based on the research results, there was a gap between theory and facts regarding family disease history, namely nutrition, sleep patterns, elimination pattern, and belief patterns fluid patterns, cognitive patterns and sensory perception, general condition, physical examination including (eyes, nose, ears, mouth, auscultation of the chest/thorax, abdomen), cranial nerves including (opticus, oculomotorius, trochlear, trigeminal, abducens, facial, glossopharyngeal, vagus, hypoglossal). Nursing problems were the risk of impaired cerebral tissue perfusion associated with increased cerebral vascular pressure, impaired verbal communication associated with neurological deficits, impaired physical mobility associated with decreased muscle strength. Interventions and refer designed based on theories from existing literature and refer to the existing standard operating procedures in the hospital.

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

Keyword: Nursing Care, CVA, Client

DAFTAR ISI

JUDUL.....	i
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CVA DI RUANG.....	ii
CURICULUM VITAE.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
LEMBAR PEESETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN.....	vi
MOTTO.....	vii
PERSEMBAHAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR ISTILAH.....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7
1.5.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebral Vaskuler Accident).....	9
2.1.1 Definisi CVA.....	9

2.1.2	Klasifikasi <i>CVA</i>	11
2.1.3	Etiologi <i>CVA</i>	12
2.1.4	Manifestasi Klinis	13
2.1.5	Faktor Risiko	15
2.1.6	Patofisiologi	17
2.1.7	Komplikasi <i>CVA</i>	20
2.1.8	Penatalaksanaan	22
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	26
2.2.1	Pengkajian	26
2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	34
2.2.3	Intervensi Keperawatan	39
2.2.4	Implementasi Keperawatan	47
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	47
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	49
3.1	Rancangan Penelitian.....	49
3.2	Batasan Istilah.....	49
3.3	Partisipan	50
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	51
3.4.1	Lokasi	51
3.4.2	Waktu.....	51
3.5	Pengumpulan Data	51
3.5.1	Bahan/Instrumen	51
3.5.2	Metode Pengumpulan Data	51
3.5.3	Prosedur Pengumpulan Data	52
3.6	Uji Keabsahan Data	53
3.7	Analisa data	55
3.8	Etika Penelitian	56
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN	58
4.1	Hasil.....	58
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	58
4.1.2	Pengkajian	59

4.1.3	Analisa Data	70
4.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	72
4.1.5	Intervensi	74
4.1.6	Implementasi	78
4.1.7	Evaluasi	80
4.1.8	Catatan Perkembangan	82
4.1.9	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	90
4.2	Pembahasan	103
4.2.1	Pengkajian	103
4.2.2	Diagnosa.....	114
4.2.3	Intervensi	116
4.2.4	Implementasi	116
4.2.5	Evaluasi	118
BAB 5	PENUTUP.....	120
5.1	Kesimpulan	120
5.1.1	Pengkajian.....	120
5.1.2	Diagnosa.....	120
5.1.3	Intervensi	121
5.1.4	Implementasi	121
5.1.5	Evaluasi	121
5.2	Saran	123
5.2.1	Bagi lahan penelitian	123
5.2.2	Bagi institusi	123
5.2.3	Bagi peneliti sebelumnya.....	123
5.2.4	Bagi pasien.....	124
5.2.5	Bagi penulis	124
DAFTAR PUSTAKA		125

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar informed consent,.....	127
Lampiran 2 Lembar persetujuan menjadi responden.....	128
Lampiran 3 Surat penelitian akademik.....	129
Lampiran 4 Surat penelitian rumah sakit.....	130
Lampiran 5 Konsultasi Karya Tulis Ilmiah	131
Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah	133

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Batasan Karakteristik Gangguan perfusi serebral tidak efektif.....	35
Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri	35
Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal	36
Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin	37
Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik.....	38
Tabel 2. 6 Batasan karakteristik Gangguan persepsi sensori	39
Tabel 2. 7 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI	40
Tabel 4.1 Identitas Umum.....	59
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	59
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	61
Tabel 4.4 Konsep Diri	62
Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori.....	62
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik.....	63
Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap	66
Tabel 4.8 Kimia Klinik.....	68
Tabel 4.9 Penatalaksanaan	69
Tabel 4.10 Analisa Data.....	70
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan.....	71
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan.....	73
Tabel 4.13 Implemtasi Keperawatan.....	77
Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan.....	79
Tabel 4.15 Catatan Perkembangan.....	81
Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologis.....	17
--------------------------------	----

DAFTAR ISTILAH

Afasia	: Kesulitan dalam bicara.
Abdomen	: Rongga tubuh terbesar yang terletak tepa dibawah toraks dan dipisahkan dari rongga toraks oleh diafragma.
Analgesik	: Sekelompok obat pereda nyeri.
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pembekuan darah.
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan ke seluruh tubuh.
Bed Rest	: Tirah baring.
Disartria	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara.
Disflagia	: Kesulitan dalam menelan makanan atau cairan
Emboli	: Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat.
Hemiplegi	: Kondisi terjadinya kelumpuhan.
Hemoragik	: Pendarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak.
Hipoksia	: Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh.
Iskemik	: Keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh.
Mobilisasi	: Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas

Mobilitas	: Gerakan berpindah-pindah atau kesiapan untuk berpindah.
Obesitas	: Terjadinya lipatan lemak tubuh yang berlebih.
Paralisis	: Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi otot.
Perfusi	: Proses darah di oksigenasi mengalir ke paru dan mengalami reoksigenasi.
Range of Motion	: Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap.
Serebral	: Gangguan yang berhubungan dengan otak.
Sirkulasi	: Perputaran atau peredaran.
Subarachnoid	: Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung otak.
Stroke/CVA	: Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu.
Thrombosis	: Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
AVM	: Malformasi Arteriovenosa
CI	: Clinical Instructure
CRT	: Cathode Ray Tube
CT-Scan	: Computerized Tomografi Scanning
CVA	: Cerebro Vaskuler Accident
DM	: Diabetes Melitus
GCS	: Glasgow Coma Scale
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
MCI	: Mild Cognitive Impairment
MRI	: Magneting Imaging Resonance
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Nasogastric Tube
RIND	: Reversible Ischemic Neurologic Difisit
ROM	: Range of Motion
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intrakrania
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: Word Health Organizer

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pemberian pelayanan kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* merupakan penyakit pembuluh darah otak. *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* ialah suatu keadaan di mana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit *neurologik* lokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular* (Kemenkes, 2018). *CVA* terjadi karena otak tidak mendapat pasokan darah yang membawa oksigen sehingga sel-selnya mati. (Kemenkes, 2023). Penyakit *CVA* merupakan salah satu penyakit tidak menular yang masih menjadi masalah yang penting di Indonesia (Safei, 2021). Gaya hidup yang kurang sehat dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang *CVA* menyebabkan peningkatan angka kejadian *CVA* di masyarakat (Nurhikmah, 2021). Pada *CVA* tanda dan gejala yang sering ditemui meliputi peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Natasya, 2023). Pertolongan pada pasien *CVA* di butuhkan penanganan cepat dan tepat, kewaspadaan mengenai tanda dan gejala *CVA* sangat di perlukan untuk menentukan keberhasilan dalam penanganan pasien *CVA*, semakin cepat terdeteksi semakin besar keberhasilan dalam mengurangi kecacatan dan kematian (Kusyani, 2022).

Menurut WHO (World Health Organization) dalam jurnal (Dwilaksono, D dkk 2023) tahun 2022 7,6 juta kematian terjadi akibat CVA. Prevelensi CVA menurut World Stroke Organization menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru CVA dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat CVA. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020 tercatat jumlah kasus CVA di Indonesia cukup tinggi yaitu 1.789.261 penduduk Indonesia mengalami atau menderita CVA (Rafiudin, 2024). Pada tahun 2020 angka kasus CVA sebanyak 35.692 kasus di Jawa Timur dan Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu daerah di Jawa Timur yang memiliki kasus CVA tertinggi yaitu 1.218 kasus (Putri, 2023). Dalam data di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 kasus CVA 994 pasien, sebanyak 219 penderita *CVA Hemoragic* dan 775 penderita *CVA Infark* (Lestariningsih, 2024). Menurut data RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 sebanyak 1,286 penderita *CVA* dengan 339 penderita *CVA Hemoragic* dan *CVA Infark* 947 penderita (Ma'arif, 2024). Menurut data dari Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo pada tanggal 10 Februari 2025 - 12 April 2025 sebanyak 181 penderita *CVA* dengan 137 penderita *CVA infark* dan 44 penderita *CVA Hemoragic* (Pratama, 2025).

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) ada beberapa penyebab sesuai dengan patofisiologi. *CVA Hemoragic* disebabkan karena terjadinya pendarahan di otak biasanya terjadi peningkatan tekanan darah secara mendadak dapat memengaruhi pecahnya pembuluh darah, jika pembuluh darah tersebut pecah maka akan menyebabkan pendarahan di otak (Kusyani, 2023). *CVA Infark* merupakan penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak di sebabkan

trombus dan embolis, sehingga suplai oksigen dalam darah menuju otak menurun (Hariyanto, 2015). *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* terjadi ketika aliran darah pada lokasi tertentu di otak terganggu sehingga suplai oksigen juga terganggu. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbon dioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada peningkatan tekanan intrakranial. Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Selama mengalami kekurangan oksigen metabolisme otak cepat terganggu, sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen (Tarwoto, 2013). Ada juga beberapa faktor yang mempengaruhi *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* faktor yang tidak dapat diubah genetik, ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit sebelumnya. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain merokok, penggunaan alkohol dan narkoba, obesitas, hipertensi, dan pilihan gaya hidup yang buruk (Srilestari, 2022). Seseorang yang mengalami *CVA* pasti akan mengalami perubahan-perubahan kerusakan bagian saraf pusat mengakibatkan kelumpuhan anggota badan atau sebelah (hemiparasis) atau hemiplegi (paralisis), artinya jika kerusakan pada hemisfer menimbulkan masalah gangguan mobilisasi fisik dan berdampak pada kemunduran klien dalam beraktivitas (Tarwoto, 2013). Komplikasi yang dapat terjadi pada *Cerebro Vascular Accident (CVA)* di antaranya: *Pneumonia aspirasi*, Dehidrasi, Infeksi saluran kemih (ISK), Konstipasi, Tromboemboli vena, Demam, Nyeri, Disfagia, Inkontinensia, Depresi. Komplikasi *CVA* dapat terjadi akibat penyakit *CVA* sendiri atau faktor imobilisasi pasien. Komplikasi ini dapat

menghambat proses pemulihan neurologis dan memperpanjang masa tinggal di rumah sakit sehingga perlu dilakukan perawatan yang tepat (Basuni, 2023).

Penanganan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* dengan penanganan yang tepat dan maksimal akan mengurangi dampak dari kecacatan maupun kematian dengan cara farmakologis dan non farmakologis (Tarwoto, 2013). Terapi farmakologis adalah terapi dengan penggunaan obat atau senyawa yang dalam prosesnya yang berpotensi mengurangi tekanan darah pasien, sedangkan terapi non farmakologis yaitu terapi yang dalam prosesnya tidak menggunakan obat-obatan dan terapi yang dapat digunakan berdampingan dengan terapi farmakologi (Irawati, 2017). Terapi Farmakologi pada *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* dapat dilakukan dengan pemberian obat-obat pemberian terapi *diuretika* untuk menurunkan edema cerebral, anti *koagulan* *thrombosis* dari dalam tindakan system kardiovaskuler, dan *kortikostteroid* mencegah inflamasi pembengkakan dan peningkatan tekanan darah. Secara non farmakologi dapat dilakukan dengan cara menjaga pola hidup, tidak merokok, penyuluhan tentang CVA pada pasien, dan terapi wicara (Wahyuni, 2019). Ada juga terapi latihan rentang gerak atau *range of motion (ROM)*, ROM aktif maupun pasif dilakukan dengan cara klien menggunakan lengan atau tungkai yang berlawanan dan lebih kuat untuk menggerakkan setiap sendi pada ekstremitas yang tidak mampu melakukan gerakan aktif, manfaat dari latihan ROM untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, memperbaiki tonus otot, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah (Widyawati, 2020). Penelitian terbaru menggunakan Terapi *murottal Al-*

Qur'an adalah terapi religi yang berupa bacaan Al-Qur'an, dimana seseorang akan diperdengarkan ayat-ayat Al-Qur'an selama beberapa menit untuk memperoleh dampak positif bagi pendengarnya, pada *pasien Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* bermanfaat untuk meningkatkan tingkat kesadaran, yakni dengan melihat skor GCS dari pasien (Nurlaily, 2020) Berdasarkan uraian latar belakang di atas dengan tingginya angka kejadian *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah upaya membatasi ruang lingkup masalah dalam penelitian agar lebih fokus. karya tulus ilmiah ini dibatasi pengambilan kasus dengan diagnosa pada klien yang mengalami *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* dengan kondisi klien tanpa penyakit penyerta dengan tingkat kesadaran composmentis di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang maka dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut; “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien dengan *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

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

1.4.2 Tujuan Khusus

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

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

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

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi penulis

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

2) Bagi institusi pendidikan

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

3) Bagi perawat

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

4) Bagi peneliti

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

5) Bagi Klien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebral Vaskuler Accident)

2.1.1 Definisi CVA

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah penyakit pembuluh darah otak. Definisi menurut *WHO*, *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* adalah suatu keadaan dimanah ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologi vokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular* (Kemenkes, 2018). *CVA* merupakan suatu penyakit menurunnya fungsi syaraf secara akut yang disebabkan oleh gangguan pada pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Penyakit CVA sering menimbulkan gejala sisa seperti gangguan melakukan pergerakan, gangguan berbicara, gangguan menelan (Tunik, 2024).

CVA adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian. CVA merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana CVA dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan ataupun perdarahan (Nugroho, 2023). Ada 2 jenis *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* yaitu *CVA Hemoragic* dan *CVA Infark*.

CVA hemoragik merupakan CVA yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah, sehingga mengakibatkan darah di otak mengalir ke rongga sekitar jaringan otak, seseorang yang menderita *CVA hemoragik* akan mengalami penurunan kesadaran, kelumpuhan bahkan kematian karena kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah ke otak tidak terpenuhi akibat pecahnya pembuluh darah (Ainy, 2021). *CVA (Cerebral Vaskuler Accident) Infark* merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur biasanya diakibatkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah di otak (Hariyanto, 2015). *CVA infark* adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah ke otak terjadi akibat pembentukan *trombus* di *arteri serebrum* atau *embolis* yang mengalir ke otak (Lestari Inka, 2024).

Berdasarkan definisi *CVA* diatas dapat disimpulkan bahwa CVA penyakit pembuluh darah otak. CVA ada 2 jenis *CVA hemoragic* karna pecahnya pembuluh darah di otak mengakibatkan darah mengalir ke rongga sekitar jaringan otak, pecahnya pembuluh darah mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu yang berakibat penurunan kesadaran, kelumpuhan bahkan kematian dan *CVA Infark* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya *trombus* dan *emboli* yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi CVA

Ada 2 Jenis CVA berdasarkan patofisiologis dan gejala klinis yaitu *CVA Hemoragic* dan *CVA infrak* menurut Hariyanto (2015) sebagai berikut:

1) *CVA Hemoragic*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan terjadi ketika banyak aktifitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun. Ada beberapa *CVA hemoragic* menurut Banjar (2022) sebagai berikut :

- a) Pendarahan intra serebral (PSI) disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak membuat darah mengalir keluar dari pembuluh darah dan kemudian menjadi jaringan otak.
- b) Pendarahan ekstra serebral (PSA) adalah pendarahan subaraknoid keluarnya darah dari ruang ke ruang subaracnoid dari situs lain (pendarahan subracanoid sekunder) dan sumber lain (pendarahan subracnoid ruang subaranoid primer).

2) *CVA Infark*

CVA yang dapat disebabkan obtruksi total atau sebagian karna *iskemia, trombolis, embolis*, dan penyempitan *luminer arteri*.

- a) Pada CVA infark atau iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.

- b) *Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- c) *Emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- d) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.
- e) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi CVA

Menurut Hariyanto (2015) CVA disebabkan karna *trombosis*, *emboli*, *spasme* pembuluh darah, *hipertensi* berat, dan pecahnya aneurisma pembuluh darah otak. Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis stroke, yaitu:

1) CVA Infark

CVA Infark terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan iskemia. CVA iskemik dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, CVA trombotik dan CVA embolik.

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh

beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. CVA hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis CVA berdasarkan Jenis CVA sebagai berikut:

1) *CVA Hemoragic*

Gejala klinis atau keluhan yang biasanya muncul terdiri dari defisit neurologis fokal dengan onset mendadak. Penurunan tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, kejang dan tekanan darah yang sangat tinggi mungkin menunjukkan adanya CVA hemoragik (Setiawan, 2021).

2) *CVA Infark*

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

- a) Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau *hemiplegia (paralisis)* yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal yang bersifat *kontralateral*, artinya jika terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan

kehilangan kontrol otot *vulenter* dan sensorik sehingga tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

- b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensori.
- c) Penurunan kesadaran (*konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat *hipoksia*.
- d) *Afasia* (kesulitan dalam bicara) *Afasia* terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada CVA dengan gangguan pada arteri *middle* sebelah kiri.
- e) *Disartria* (bicara cedal atau pelo)
Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca.
Disatria terjadi karena adanya kerusakan pada *nervus cranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring sehingga pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- f) Gangguan penglihatan (*diplopia*)
Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini

terjadi karena adanya kerusakan pada *lobus temporal* atau *parietal* yang dapat menghambat serat saraf *optic* pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena adanya kerusakan pada saraf *cranial* III, IV dan V.

g) *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*.

h) *Inkontinensia*

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

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

2.1.5 Faktor Risiko

Ada beberapa faktor risiko *CVA* yang sering teridentifikasi menurut Kusyanti (2023), yaitu :

1) Faktor yang tidak dapat di ubah

- a) Jenis kelamin.
- b) Usia.
- c) Keturunan.

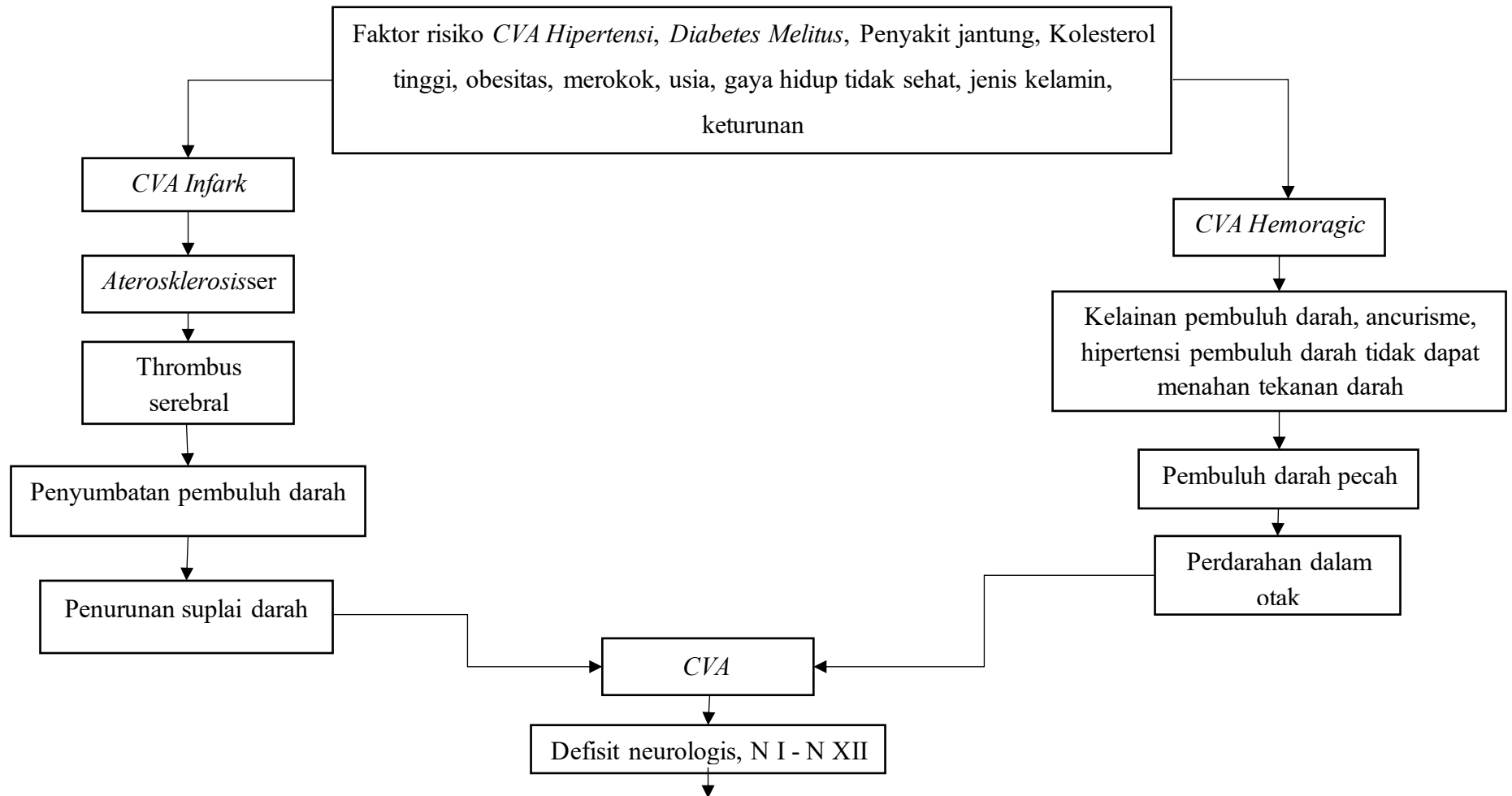
2) Faktor yang dapat di ubah

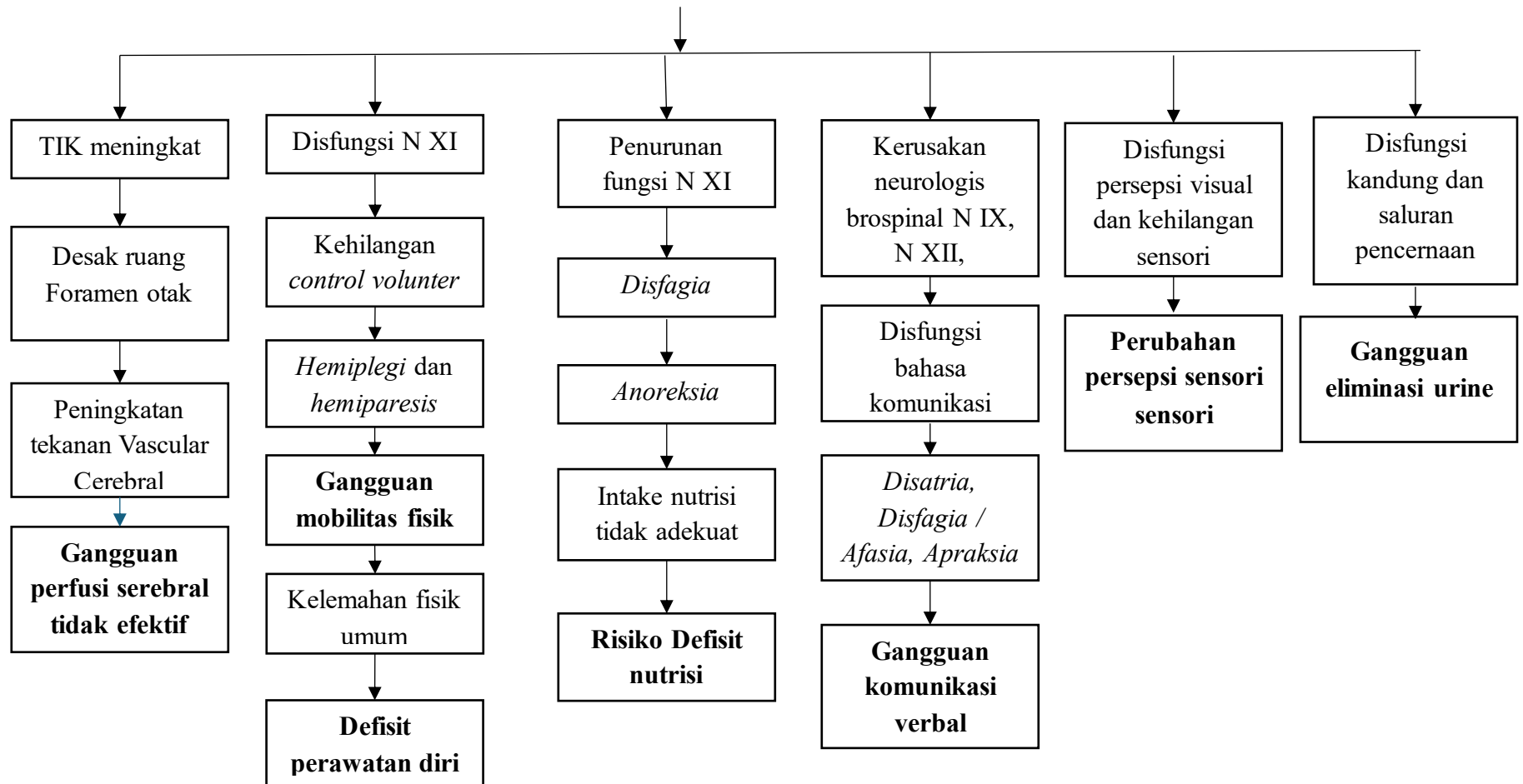
- a) Kelainan jantung
- b) *Hipertensi*.
- c) *Anuerisma* pembuluh darah *cerebral*.

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

2.1.6 Patofisiologi

1) Bagan





Gambar 2. 1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya *CVA (Cerebro Vascular Accident)* yaitu *Hipertensi, Diabetes melitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan*. CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA infark yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (*aterosklerosis*) terbentuklah *thrombus serebral* gumpalan darah yang terbentuk di pembuluh darah otak 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 pembuluh darah 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 faktor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **Gangguan perfusi serebral tidak efektif** salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vaskular 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 sisi otak yang berlawanan dan

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

2.1.7 Komplikasi CVA

Adapun Komplikasi CVA berdasarkan Fase CVA menurut Tarwoto (2013), yaitu:

1) Fase Akut.

a) *Hipoksia serebral* dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat

terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

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

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

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

d) Aspirasi

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

2) Komplikasi Kronis

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat.

2.1.8 Penatalaksanaan

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

- 1) Penatalaksana umum
 - a) Penatalaksana pada fase akut (Golden Periode selama 3 jam)
 - (1) Pasien *CVA infark* dan *hemoragik* yang mendapat terapi oksigen mengalami penurunan aliran darah ke otak. Oleh karena itu, oksigen sangat penting untuk menjaga metabolisme otak dan mengurangi *hipoksia*. Penggunaan ventilator, menjaga jalan napas, dan pemberian oksigen merupakan beberapa tindakan yang dapat dilakukan berdasarkan temuan pemeriksaan *oksimetri* atau gas darah.
 - (2) Pengendalian peningkatan ICP (tekanan intrakranial) karena edema serebral biasanya merupakan penyebab peningkatan tekanan intrakranial, maka sangat penting untuk mengurangi edema, misalnya dengan memberikan *manitol* atau mengatur tekanan darah.
 - (3) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah.
 - (4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
 - (5) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

- (6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian anti konvulsan, dan cegah risiko injuri.
- (7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (8) Cegah *emboli* paru dan *tromboplebitis* dengan *antikoagulan*.
- (9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, *nervus cranial* dan refleks.
- (10) Pasien yang menjalani terapi cairan berisiko mengalami dehidrasi jika kehilangan kesadaran atau mengalami *disfagia*. Sangat penting untuk melanjutkan terapi cairan ini untuk mempertahankan tekanan darah dan sirkulasi. Pada jam-jam awal setelah *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* akut, *American Heart Association* merekomendasikan 50 mililiter normal saline per jam. Setelah CVA mencapai stabilitas *hemodinamik*, pengobatan cairan pemeliharaan KAEN 3B/KAEN 3A dapat diberikan. Kedua larutan ini memenuhi kebutuhan *hemoestasis* kalium dan natrium dan lebih unggul dalam kasus dehidrasi hipertonik. Larutan pemeliharaan, khususnya yang mengandung kalium dan natrium, dapat digunakan untuk menjaga hemostasis elektrolit tetap stabil setelah fase akut *CVA*.

b) Penatalaksana 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) Penatalaksana Kolaboratif

Meskipun kelumpuhan total jarang terjadi, fisioterapi dapat membantu. Seorang ahli terapi fisik dapat membantu Anda mengatasi ketegangan otot ringan sekalipun. Anda juga akan berpartisipasi dalam program peregangan otot.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk pasien CVA menurut Tarwoto (2013) yaitu meliputi:

- 1) Radiologi
 - a) *Computerized Tomografi (CT Scan)*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui area *infark*, *edema*, *hematoma*, struktur, dan sistem *ventrikuler* otak.
 - b) *Magnetik Resonance (MRI)*: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami *infark*, *hemoragik*, *malformai arteriovena*.

- c) *Angiografi Serebral*: pemeriksaan yang digunakan untuk menentukan penyebab *CVA* secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik *oklusi* atau *ruptur*.
 - d) *Elektro Encephalografi*: pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah di dasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
 - e) Sinar X Tengkorak: pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya klasifikasi *karotis interna*. pada *trochosis serebral*.
 - f) Fungsi Lumbal: pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan *subarachnoid* atau perdarahan *intrakranial*.
 - g) *Elektro Kardigram*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab.
- 2) Laboratorium
- a) Lumbal Fungsi: Pemeriksaan *likuor* merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna *likuor* masih normal (*Xanthochrom*) sewaktu hari pertama.
 - b) Pemeriksaan darah rutin: *glukosa, elektrolit, ureum kreatin*.
 - c) Pemeriksaan kimia darah: Pada *CVA (Cerebro Vascular Accident)* akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat

mencapai 250mg di dalam serum dan kemudian berangsur angsur turun kembali.

- d) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

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

2.2.1 Pengkajian

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

1) Identitas

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

2) Keluhan utama

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

3) Riwayat penyakit sekarang

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

4) Riwayat penyakit dahulu

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

5) Riwayat kesehatan keluarga

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

6) Riwayat psikososial

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

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

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

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

b) Pola nutrisi dan metabolisme

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

c) Pola eliminasi

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

d) Pola aktivitas

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

e) Pola tidur

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

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

g) Pola persepsi dan konsep diri

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

h) Pola sensori dan kognitif

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

i) Pola reproduksi

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

j) Pola penanggulangan stres

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

k) Pola tata nilai dan kepercayaan.

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

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada

tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).

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

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

(b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

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

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

(2) Pemeriksaan jantung

(a) Inspeksi : iktus kardus tidak terlihat.

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

(c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.

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

8) Abdomen

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

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

(3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani..

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

9) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.

10) Ekstremitas :

(1) Atas

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

(2) Bawah

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

11) Saraf kranial

(1) *Nervus I (Olfaktiorus)* : 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 kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.
- (4) *Nervus IV (Trochlearis)* : 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 (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.
- (9) *Nervus IX (Glossofaringeus)* : *ovule* 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 (Asesorius)* : klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- (12) *Nervus XII (Hipoglosus)* : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

- 1) Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial (Tarwoto, 2015).

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Gangguan perfusi serebral tidak efektif

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	1. Gangguan status mental 2. Penurunan kesadaran 3. Perubahan tanda vital 4. Penurunan fungsi memori 5. Perubahan perilaku 6. Perubahan respon motorik 7. Kelemahan atau paralisi 8. hasil CT scan MRT adanya edema serebri, perdarahan

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskulusekeletal.
- b) Gangguan neuromaskular.
- c) Kelemahan.
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik.
- e) Penurunan motivasi minat.

Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

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

(PPNI, 2017).

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan.
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
- d) Faktor ekonomi.
- e) Faktor psikologis.

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral.
- b) Gangguan neuromaskuler.
- c) Gangguan pendengaran.
- d) Gangguan muskulusekelestial.
- e) Kelainan platum.
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi).

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tidak mampu bicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	<i>(tidak tersedia)</i>	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Dislaksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap

-
10. Tidak ada kontak mata
 11. Sulit memahami komunikasi
 12. Sulit mempertahankan komunikasi
 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah
-

(PPNI, 2017).

5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih.
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan.
- c) Efek tindakan medis dan diagnostic.
- d) Kelemahan otot pelvis.
- e) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- f) Hambatan lingkungan.
- g) Ketidakmampuan mengakses toilet.

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin

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

(PPNI, 2017).

6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

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

Penyebab :

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

Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

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

(PPNI, 2017).

- 7) Gangguan persepsi sensori

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respons yang kurang, berlebihan atau terobsesi.

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan.
- b) Gangguan pendengaran.
- c) Gangguan penciuman.
- d) Gangguan perabaan.

Tabel 2. 6 Batasan karakteristik Gangguan persepsi sensori

Tanda dan gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra peraba	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah olah melihat, mendengar, mencium. Meraba sesuatu
Minor	1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Berorientasi waktu, tempat, orang atau sesuatu 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah salah satu standart profesi yang dibutuhkan untuk menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Intervensi merupakan segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis dalam mencapai serta pemulihan peningkatan, pencegahan kesehatan pada klien individu, keluarga (PPNI, 2017). Berdasarkan diagnosa di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI,SIKI dan SLKI (PPNI, 2017). Perencanaan keperawatan dari diagnosa yang muncul mengenai penyakit *Cerebro Vaskuler Accident* sebagai berikut :

Tabel 2. 7 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI

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

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

		3. Kekuatan mengunyah meningkat (5) 4. Berat badan membaik (5) 5. Indek masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	7. Untuk Monitor berat badan 8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium 9. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien

2. Kemampuan mendengar meningkat (5)	(mis. memori, pendengaran, dan bahasa)	3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien
3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)	3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara	4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
4. Afasia menurun (5)	4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi	5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien
5. Disatria Menurun (5)	Terapeutik	6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien
6. Respon perilaku membaik	5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)	7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
	6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien
	7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman
	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien	10. Gunakan juru bicara
	9. Berikan dukungan psikologis	11. Anjurkan berbicara perlahan
	10. Gunakan juru bicara, jika perlu	12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
	Edukasi	13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
	11. Anjurkan berbicara perlahan	
	12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
	Kolaborasi	
	13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	

5	Gangguan eliminasi Urine (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan Eliminasi urin klien membaik (L.04034) dengan kriteria hasil : 1. Sensasi berkemih Meningkat (5) 2. Desakan berkemih (urgensi) Menurun (5) 3. Distensi kandung kemih Menurun (5) 4. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) Menurun (5) 5. Volume residu urine Menurun (5) 6. Urin menetes (dribbling) Menurun (5) 7. Nokturia Menurun (5) 8. Mengompol Menurun (5) 9. Enuresis Menurun (5) 10. Disuria Menurun (5) 11. Anuria Menurun (5) 12. Frekuensi BAK Membaik (5) 13. Karakteristik urine Membaik (5)	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin 3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapiutik 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu	1. Untuk mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine pasien 2. Untuk mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin pasien 3. Monitor eliminasi urin pada pasien 4. Mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih pasien pada beberapa jam 5. Membatasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur 7. Ajarkan tanda gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas, penguatan otot-otot panggul atau berkemih 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, Jika perlu
6	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien

		meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 9. Kelemahan fisik Menurun (5)	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
7	Gangguan Persepsi sensorial (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan persepsi sensorial membaik (L.09083) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun (5) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun (5)	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun (5)	7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
6. Distorsi sensori menurun (5)	Edukasi	9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
7. Perilaku halusinasi menurun (5)	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)
8. Respons sesuai stimulus membaik (5)	9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)	12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	
	Kolaborasi	
	12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	

2.2.4 Implementasi Keperawatan

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

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

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

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

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

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

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

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017). Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan study kasus. Study Kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif kualitatif merupakan suatu metode yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan keadaan secara objektif. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya. Penelitian menggunakan batasan istilah

dengan studi kasus Asuhan Keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kondisi klien tanpa penyakit penyerta dengan tingkat kesadaran *composmentis* yang diberikan kepada klien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* merupakan suatu penyakit akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah berhenti karena penumpukan kolesterol (*aterosklerosis*) atau bekuan darah.

3.3 Partisipan

Partisipan pada penelitian ini yaitu Tn. M (59 th) dengan diagnosa media *Cerebral Vascular Acciden (CVA)* di Ruang Unit Stroke RSUD dr Soedomo Kabupaten Trenggalek. Partisipan yang di gunakan adalah satu klien dengan kriteria :

- 1) Klien yang di diagnosa *Cerebral Vascular Acciden (CVA)*.
- 2) Klien yang kooperatif.
- 3) Klien dalam keadaan sadar penuh, bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan.
- 4) Klien yang mengalami kelemahan ekstremitas.
- 5) Klien CVA dengan lama perawatan minimal 3 hari.
- 6) Klien CVA dengan kondisi klien tanpa penyakit penyerta.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

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

3.4.2 Waktu

Waktu penelitian di laksanakan 14 Februari 2025 - 19 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen

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

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil CT Scan, pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam deskriptif kualitatif ini meliputi :

- 1) Diterbitkannya surat izin penelitian dari Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek pada tanggal 24 Februari 2025 No. DP.04.03/F.XIII.15.5/85/2025 yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek, dengan mematuhi protokol kesehatan.
- 2) Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek diterbitkan pada tanggal 14 Maret 2025 No. 000.9/116/406.010.001/18.00/2025 yang menyatakan tidak keberatan perihal izin melaksanakan rencana penelitian (studi kasus) yang ditujukan kepada Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- 3) Peneliti melakukan koordinasi bersama perawat ruangan dalam menentukan partisipan dengan mematuhi protokol kesehatan. Peneliti melakukan pendekatan kepada partisipan dengan menjelaskan tujuan penelitian, proses dan hak-hak partisipan, serta meminta persetujuan kepada partisipan.
- 4) Peneliti dan partisipan melaksanakan penelitian dengan membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengumpulan data serta memberikan lembar persetujuan (informed consent) bahwa klien bersedia menjadi responden.

- 5) Peneliti melakukan pengumpulan data dengan wawancara dimulai dari tahap pengkajian. Peneliti memulai proses pengambilan data dengan mengajukan beberapa pertanyaan terbuka tentang data dasar meliputi nama, umur, agama, alamat, keluhan yang di rasakan, aktivitas selama diramah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan partisipan tersebut. Setelah itu melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Pengambilan data membutuhkan waktu sekitar 30 menit setelah tahap pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnose, kemudian menyusun rencana tindakan, melaksanakan rencana tindakan dan mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan. Tahap pelaksanaan di akhiri dengan melakukan validasi hasil wawancara. Kemudian membuat kontrak berikutnya dengan partisipan.
- 6) Peneliti mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, karena pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.
- 7) Dalam melakukan semua kegiatan peneliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku.

3.6 Uji Keabsahan Data

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

1) *Credibility* (kepercayaan)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang dilakukan tidak

meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

2) *Transferability* (keteralihan)

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

3) *Dependability* (kebergantungan)

Dependability merupakan kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Misalnya saja kita menggabungkan dua metode pengumpulan data yaitu wawancara dan observasi.

4) *Confirmability* (kepastian)

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

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

3.7 Analisa data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun data yang diperoleh secara sistemis dari hasil wawancara, catatan lapangan serta pendokumentasian dengan mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan dipelajari, kemudian membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Nursalam, 2017). Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis. Penjelasan tahapan analisis data pada penelitian ini adalah sebagian berikut:

1) Proses Mencari

Peneliti memulai proses mencari data dengan menemukan partisipan yang memenuhi kriteria. Peneliti memperoleh data dari anamnesis secara mendalam dengan menanyakan identitas, riwayat penyakit, pola aktivitas sehari-hari, pola kognitif, dan sensor persepsi, pola peran dan hubungan atau interaksi sosial, pola persepsi diri dan toleransi terhadap stres, pola seksualitas, dan nilai serta pemeriksaan fisik. Peneliti melakukan pemeriksaan fisik yang dimulai dengan melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan per sistem dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi menggunakan stetoskop.

2) Tahap Menyusun

Peneliti menyusun data dari anamnesis dan pengkajian yang dimulai dari analisa data, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melakukan tindakan yang telah direncanakan, mengevaluasi dan mencatat perkembangan klien.

3) Tahap Analisis Data

Peneliti menganalisis data dengan melakukan pemilihan data-data yang telah ada. Dan menemukan kesenjangan antara teori dan fakta. Kesenjangan di interpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami semuanya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika Penelitian

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

1) *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent secara harfiah terdiri dari dua kata yaitu informed dan consent. Informed berarti telah mendapat penjelasan atau informasi; sedangkan consent berarti memberi persetujuan atau mengizinkan. Dengan demikian informed consent berarti suatu persetujuan yang diberikan setelah

mendapat informasi. Atau dapat diartikan informed consent adalah pernyataan setuju dari pasien yang diberikan dengan bebas dan rasional, sesudah mendapatkan informasi dari dokter dan sudah dimengerti oleh pasien.

2) *Confidentially* (Kerahasiaan)

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

3) *Anonymity* (Tanpa Nama)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Hasil pelaksanaan dan penelitian 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

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong ke dalam Rumah Sakit tipe B. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soedomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang di khususkan untuk klien yang mengalami CVA. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 15 orang, 1 fisioterapi dengan kapasitas tempat tidur 17 bed. Di kelas I ada 3 ruang dengan masing-masing ruang ada 2 bed, HCU 1 ruang dengan kapasitas 2 bed, kelas II ada 1 ruang dengan kapasitas 2 bed, kelas III ada 4 ruang dengan 9 bed. terdapat Ruangan khusus untuk fisioterapi/GYM , Ruang Obat, Ruang Tindakan, Ruang Konsultasi Dokter. Ruang Perawat. Jumlah pasien CVA selama 10 Februari 2025 sampai 12 April 2025 berjumlah 181 orang.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4. 1 Identitas Umum

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Tn. M
b) Jenis kelamin	Laki-laki
c) Umur	59 tahun
d) Status perkawinan	Kawin
e) Pekerjaan	Tani
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMA
h) Alamat	RT 18 RW 06, Ngantru, Trenggalek, Trenggalek
i) Tanggal/jam MRS	16 Maret 2025/ 14.00 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	16 Maret 2025/16.30 WIB

2) Diagnosa Medis : CVA Infark

3) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran (16 Maret 2025/ 14.00 WIB). Saat Pengkajian : Klien mengatakan pusing (16 Maret 2025/16.30 WIB)
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan Tn. M ditemukan pingsan di dapur jam 13.30 WIB. Lalu dibawa ke IGD pukul 14.00 WIB, ketika tiba di IGD Klien sudah sadar dengan keluhan pusing, lemas setengah badan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan , mual, dan bicara cedal . Lalu pukul 16.30 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke. P : Pusing saat kepala di gerakan Q : Pusing terasa berputar-putar disertai mual R : Pusing dirasakan di kepala bagian depan S : Pusing yang dirasakan sedang (seperti berputar-putar)

T : pusing dirasakan sewaktu waktu

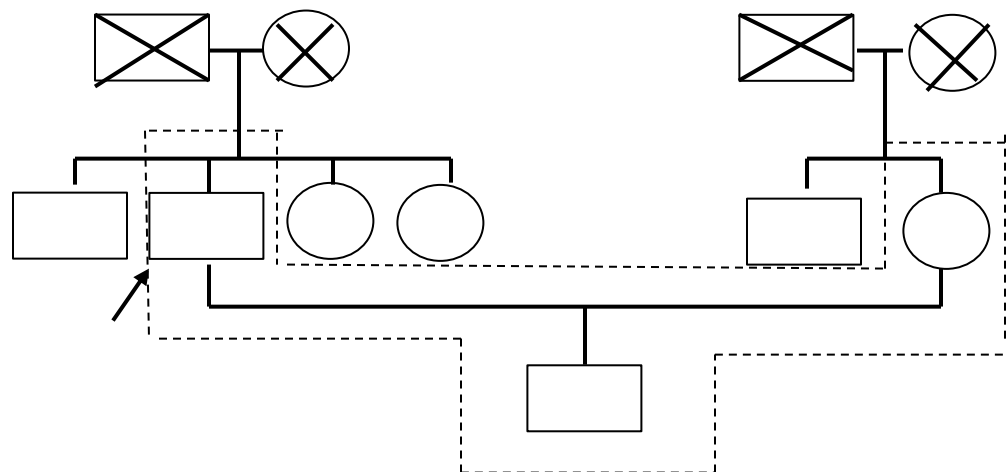
Riwayat Penyakit Dahulu

1. Klien mengatakan mempunyai Riwayat Penyakit jantung sudah pernah masuk rumah sakit 2 tahun lalu dan 1 tahun lalu dirawat di ruang sadewa.
2. Riwayat merokok 20 tahun
3. Rutin kontrol di PKM Trenggalek 1 bulan sekali
4. Jarang minum obat, minum obat ketika ada gejala

Riwayat Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau (DM, Hipertensi dan penyakit Jantung).

Genogram :



Keterangan :

□ : Laki-laki

↗ : Pasien

○ : Perempuan

----- : Tinggal Serumah

✕ : Meninggal Dunia

4) Pola Sehari hari

Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Pola nutrisi Makan	Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk.. Klien tidak ada pantangan makan	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya makan buah pisang karna baru tiba di RS, klien tidak mengalami kesulitan makan.
	Minum	Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari. Klien tidak ada pantangan minum	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 500 ml 1/2 aqua tanggung.
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Klien mengatakan belum BAB karena baru tiba di RS.
	BAK	Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien sudah BAK 1 x menggunakan pispod dengan warna kuning bau khas urine.
3.	Pola Istirahat/ Tidur	Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, klien belum tidur karna baru tiba di RS
4.	Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat dirumah 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 belum mandi karna baru tiba di RS
5	Aktifitas	Klien menatakan ketika dirumah aktifitas sendiri, bertani	Klien mengatakan aktifitas di bantu keluarga dan perawat. Keterbatasan melakukan aktifitas hanya boleh tidur dan Rentang Gerak (ROM) Klien menurun

5) Riwayat Psikologi

a) Konsep Diri

Tabel 4. 4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini.
Ideal Diri	Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang di derita saat ini.
Harga Diri	Klien tampak bersemangat dan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya
Peran	Tn. M adalah seorang suami sekaligus ayah dari satu orang anak.
Identitas Diri	Klien mengatakan ia bernama Tn. M, Laki laki, umur 59 tahun, tinggal di Ngantru ,Trenggalek

b) Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain

c) Pola Seksual

Klien merupakan seorang suami dan memiliki 1 orang anak laki laki.

d) Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien jarang cerita ke istri dan anaknya lebih menyelesaikan sendiri

e) Pola persepsi sensori

Tabel 4. 5 Pola Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik
Bahasa yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Bicara klien sedikit cedal

Kemampuan membaca			Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran			Fungsi pendengaran klien baik, mampu mendengar dengan jelas
Pengetahuan	Pasien	Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya
Persepsi Tentang Penyakit			Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

f) Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti Yasin-nan, klien tertib sholat 5 waktu. Saat di rawat di Rumah Sakit klien berdoa kepada Allah SWT agar segera sembuh

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan. Klien berbaring di tempat tidur
b. Tanda-tanda vital	TD: 130/81 mmHg N: 78x/ menit S: 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99%
c. Pemeriksaan kepala dan leher	Inspeksi: Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah tidak simetris mengalami kelemahan otot wajah sebelah kiri. Palpasi: Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.
1. Kepala dan Rambut	
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada edema

	Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur
3. Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Tidak ada pemapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.
5. Mulut	Bibir tidak simetris mengarah ke kiri. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembap, Klien dapat menjulurkan lidah tetapi condong ke kiri
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembap, tidak terdapat lesi. warna kulit hitam Palpasi : Turgor kulit >3 detik, akral hangat , CRT >3 detik, suhu tubuh 36,5°C
e. Pemeriksaan dada/ thorax	
1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup
2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i> , pemapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostral</i> . Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi :suara nafas vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan.
f. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, aerola berwarna kecokelatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada <i>lesi</i> . Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdengar 7x/menit

h. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.				
i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>5</td><td>4</td></tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan	5	4	5	4
5	4				
5	4				
j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) <i>Reflek Patologis :</i> -Babinski (+) (-) -Chaddock (+) (-) Kemampuan Sensorik Sensasi Nyeri (+) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+) Kemampuan Motorik <i>Hemiparesis</i> pada bagian kiri				
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. 2. Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding. 3. Okulomotorius : pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah 5. Trigemini : reflek berkedip klien positif 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri				

7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi
8. Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.
9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan.
10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan
11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan
12. Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah

7) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Leb

Tabel 4. 7 Pemeriksaan LAB

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
16 Maret 2025	Darah Lengkap			
	Hemoglobin	13.3	g/dL	12.5-16.0
	Hematokrit	42.2	%	37.0-47.0
	Lekosit	7.2	10 ³ /uL	4.0-10.5
	Trombosit	204	10 ³ /uL	150-450
	Eritrosit	4.82	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV	87.6	fL	78.0-100.0
	MCH	27.6	pg	31.0-37.0
	MCHC	31.5	g/dL	37.0-54.0
	RDW	15.1	%	11.0-16.0
	PDW	15.7	fL	9.0-17.0
	MPV	11.2	fL	8.0-11.0
	Neu%	43.3	%	37.0-72.0
	Lym%	42.5	%	15.0-50.0

	Mxd%	12.2	%	0.0-14.0
	Neu#	3.2	$10^3/uL$	1.5-6.6
	Lym#	3.1	$10^3/uL$	1.5-3.5
	Mxd#	0.9	$10^3/uL$	<1.0
	Gula darah			
	Glukosa Darah	92	mg/dL	<180.0
	FAAL Ginjal			
	Ureum	22.4	mg/dL	15.0 – 45.0
	Creatinin	1.27	mg/dL	0.9 – 1.3
	eCFR	66	mg/dL	
	FAAL Hati			
	SGOT	12.9	U/L	10.0 – 40.0
	SGPT	15.3	U/L	10.1 -55.0
17 Maret 2025	Profil lipid			
	Kolesterol	168.6	mg/dL	140 – 200
	Trigliserida	68.5	mg/dL	40- 150
	HDL kolesterol	49.7	mg/dL	High $\geq$ 60 Low $\leq$ 40 Optimal < 100
	LDL Kolesterol	77.1	Mg/dL	
	FAAL Ginjal			
	Asam Urat	4.2	Mg/dL	3.5-7.2

b) CT Scan Tanpa Kontras

Tanggal 16 Maret 2025

Ts Yth, Pemeriksaan MSCT Kepala Irisan aial reformatted
coloral dan sagital tanpa kontras :

- 1) Tampak lesi hipodense batas tidak di capsula interna kiri

- 2) Sulci dan gyri normal
- 3) Sistem ventrikel dan cysterna normal
- 4) Pons dan cerebellum normal
- 5) Tak tampak kalsifikasi abnormal
- 6) Tak tampak deviasi midline
- 7) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan
- 8) Calvaria normal
- 9) Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik

Kesan

- 1) Acute infark di capsula interna kiri

c) Pemeriksaan EKG

Vent. Rate	78 bpm	Possible ectopic atrial rhythm
PR interval	188ms	
QRS Duration	94 ms	
QT/QTc Interval	398/430 ms	
P/QRS/T Axis	-54/97/-101 deg	

8) Penelaksanaan Terapi

Tabel 4. 8 Terapi Obat

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
16 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
	Ranitidine 2x 50 mg	Intravena
17 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
	Ranitidine 2x 50 mg	Intravena
	CPG 1x1 75mg	Oral
18 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena

	Ranitidine 2x 50 mg CPG 1x1 75 mg	Intravena Oral
19 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg	Intravena Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 9 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi				
1.	Ds : 1. Klien mengatakan merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Skala pusing sedang 3. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 4. Akral teraba hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. <i>Acute infark di capsula interna kiri</i>	Gangguan perfusi serebral tidak efektif	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan vascular cerebral				
2.	Ds : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 3. Klien berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> 6. Reflek Fisiologis: Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+)	5	4	5	4	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Himiplegi dan hemiparesis
5	4						
5	4						
3.	Ds: - Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 3. Sulit berbicara cedal 4. TTV TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit	Gangguan Komunikasi Verbal	Defisit Neurologis ↓ Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓				

SP02 : 99% S : 36,5° RR : 22x/ menit	Disatria
--	----------

4.1.5 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan				
1.	16-3-2025	Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis ditandai dengan Ds : 1. Klien mengatakan merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Skala pusing sedang (seperti berputar-putar) 3. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 4. Akral terasa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. Acute infark di capsula interna kiri	19-3-2025					
2.	16-3-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 3. Klien berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> 6. Reflek Fisiologis: -Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+)	5	4	5	4	19-3-2025	
5	4							
5	4							
3.	16-3-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria ditandai dengan Ds : -	19-3-2025					

Do :

1. Keadaan umum lemah
 2. Kesadaran compos metis
GCS 4-5-6
 3. Sulit berbicara cedal.
 4. TTV
TD : 130/81 mmHg
N : 78x/ menit
S : 36,5°C
RR : 22x/ menit
SP02 : 99%
-



4.1.6 Intervensi

Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Tanda Tangan
1	16-3-2025	Gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Mengobservasi tingkat kesadaran 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Mengukur TTV 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memerikan posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO2 pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik	

				15. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian obat 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
2	16-3-2025	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 9. Kelemahan fisik Menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Mengkaji kekuatan otot Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu	

3	16-3-2025	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4. Afasia menurun (5) 5. Disatria Menurun (5) 6. Respon perilaku membaik (5)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien 3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien 4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien 7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman 10. Gunakan juru bicara 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
---	-----------	-------------------------------------	--	--	--	---

Edukasi

11. Anjurkan berbicara perlahan
12. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara

Kolaborasi

13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
-

4.1.7 Implementasi

Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Diagnosa	Implementasi	Tanda Tangan
1	16-3-2025 16.30	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	1. Mengidentifikasi penyebab TIK.mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral. (Melihat hasil CT Scan didapatkan hasil Acute infark di capsula interna kiri)	
	16.35		2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (dengan menanyakan klien merasa pusing : Klien mengatakan merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar, pusing dirasakan sedang, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu dan mengukur ttv)	
	16.40		3. Mengobservasi tingkat kesadaran (dengan mengkaji GCS 4-5-6, kesadaran Composmantis)	
	16.55		7. Mengukur TTV TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	
	16.57		11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang (dengan membatasi pengunjung dan meminimalisir barang bawaan keluarga klien)	
	17.00		12. Memposisikan pasien semiflower (meningkatkan ekspansi paru-paru, memudahkan pemapasan)	
	20.00		18. Memberikan Obat hasil kolaborasi sesuai program (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg)	
	20.40		7. Mengukur TTV TD : 131/84 mmHg N : 81x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	

2	16-3-2025	Gangguan mobilitas fisik	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (dengan mengamati respon fisik klien saat melakukan pergerakan: klien di anjurkan bed rest, hanya mika-miki)	yhm
	16.35	b.d penurunan kekuatan otot	4. Mengkaji kekuatan otot (dengan cara menganjurkan klien untuk mengakat tangan dan kaki)	
	16.40		5 4	
	16.50		5 4	
	17.00			
	17.05			
			5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal. pagar tempat tidur (memfasilitasi pagar bed untuk mika-miki)	
			7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (membantu mika-miki, makan, minum dan BAK)	
			9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (mika-miki dan menggerakan tangan dan kaki)	
3	16-3-2025	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (dengan menanyakan nama, keluhan klien sekarang: klien bisa berbicara tetapi sedikit pelo, kata-kata sulit dipahami)	yhm
	16.35		10. Menganjurkan klien untuk bicara perlahan lahan (melatih bicara klien)	
	16.40		11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)	
	16.50			
	17.00			

4.1.8 Evaluasi

Tabel 4. 13 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	No. Diagnosa	Evaluasi	Tanda Tangan
1	16-3-2025 20.40	Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis ditandai dengan Ds : - Klien mengatakan merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 - Skala pusing sedang - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < detik - TTV TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : Acute infark di capsula interna kiri	S : - Klien mengatakan masih merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu O : - Keadaan umum klien lemah - Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 - Skala pusing sedang - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD : 131/84 mmHg N : 81x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian - Tingkat kesadaran mengikat (5) - Sakit kepala langsung menurun (3) - Tekanan darah sistolik membaik (5) - Tekanan darah diastolik membaik (5) P: Intervensi dilanjutkan No. (2.3.7.18)	
2	16-3-2025 20.40	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan Do : - Keadaan umum lemah - Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - Klien berbaring di tempat tidur - Rentang Gerak (ROM)	S : - Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai agak mudah diangkat tatapi tidak kuat O: - Keadaan umum mulai membaik - Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang - Klien masih berbaring di tempat tidur - Rentang Gerak (ROM) mulai membaik - Kekuatan otot	

		menurun	5	4	
		5. Kekuatan otot	5	4	
			5	4	
		6. Reflek Fisiologis:			A: Masalah belum teratasi
		-Trisep (+) (-)			P: Intervensi dilanjutkan
		-Bisep (+) (-)			No. (2,4,7,8)
		-Patella (+) (-)			
		Reflek Patologis :			
		-Babinski (-) (+)			
		-Chaddock (-) (+)			
3	16-3-2025 20.40	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria ditandai dengan	S :		
		Ds : -	O :		
		Do :			
		1. Keadaan umum lemah		1. Keadaan umum mulai membaik	
		2. Sulit berbicara cedal		2. Klien sulit berbicara cedal	
		3. Mulut klien tidak simetris condong kekiri		3. Mulut klien tidak simetris condong ke kiri	
		4. TTV	A :	Masalah belum teratasi	
		TD : 130/81 mmHg	P :	Intervensi dilanjutkan	
		N : 78x/ menit		No. (4.10.11)	
		S : 36,5°C			
		RR : 22x/ menit			
		SP02 : 99%			

4.1.9 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan

No	No. Diagnosa	Evaluasi	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
1	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	S : - Klien mengatakan masih merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu 0 : - Keadaan umum klien mulai membaik - Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 - Skala pusing sedang - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD: 132/76 mmHg N: 78x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian - Tingkat kesadaran mengikat (5) - Sakit kepala langsung menurun (3)	17-8-2025 15.00 15.20 15.25	- Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (dengan menanyakan klien masih pusing : Klien mengatakan merasa pusing sudah berkurang saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar, pusing dirasakan sedang, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu dan mengukur ttv) - Mengobservasi tingkat kesadaran (dengan mengkaji GCS 4-5-6, kesadaran Composmantis) - Mengukur TTV TD: 135/72 mmHg N: 81x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	S : - Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, pusing dirasakan sedang, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu 0 : - Keadaan umum klien mulai membaik - Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 - Skala pusing sedang - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD: 131/75mmHg N: 77x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian	

			9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) P: Intervensi dilanjutkan No. (2.3.7.18)	16.00 20.40	18. Memberikan obat hasil kolaborasi sesuai program (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg) 7. Mengukur TTV TD: 135/72 mmHg N: 81x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (3) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) P: Intervensi dilanjutkan No.(2.7.18)											
2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri agak sulit di gerakan O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien hanya boleh tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (2,4,7,9)	5	4	5	4	17-8-2025 15.00 15.20 15.25 16.00	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (dengan mengamati respon fisik klien saat melakukan pergerakan: klien di anjurkan bed rest, hanya mika-miki) 4. Mengkaji kekuatan otot (dengan cara menganjurkan klien untuk mengikat tangan dan kaki) <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (membantu mika-miki, makan, minum dan BAK)	5	4	5	4	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai membaik untuk di gerakan O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih di anjurkan tidur 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> A: Masalah teratasi sebagian 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (3) 2. Kekuatan otot Meningkat (5)	5	4	5	4
5	4																
5	4																
5	4																
5	4																
5	4																
5	4																

				9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (mika-miki dan menggerakkan tangan dan kaki)	9. Kelemahan fisik Menurun (4) P: Intervensi dilanjutkan No. (2,4, 9)
3	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	S : O : - Keadaan umum mulai membaik - Klien sulit berbicara cedal - Mulut klien tidak simetris condong ke kiri A : Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (4.10.11)	17-8-2025 15.00 15.20 15.25	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (dengan menanyakan nama dan keluhan sekarang : klien bisa berbicara tetapi sedikit cedal, mulai agak dipahami) 10. Mengajukan klien untuk bicara perlahan lahan (melatih bicara klien) 11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan mengajukan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)	S : - O : - Keadaan umum mulai membaik - Klien sulit berbicara cadel mulai membaik - Mulut klien condong ke kiri tidak simetris A : Masalah teratasi sebagian - Kemampuan bicara meningkat (3) - Disatria Menurun (3) P: Intervensi dilanjutkan No. (4.11)
1	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	S : Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, pusing dirasakan sedang, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu O :	18-8-2025 15.00	2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (Menanyakan klien masih pusing : Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang saat kepala	S : Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu O :

		1. Keadaan umum klien mulai membaik 2. Skala pusing sedang 3. Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 4. Akral terasa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD: 139/84mmHg N: 79x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	15.20	di gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, pusing dirasakan ringan, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu dan melakukan ttv) 7. Mengukur TTV TD: 138/76 mmHg N: 88x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	1. Keadaan umum klien Cukup 2. Skala pusing ringan 3. Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 4. Akral terasa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD: 135/85 mmHg N: 79x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%
		A: Masalah Teratasi Sebagian 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (3) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5)	15.25	18. Memberikan obat hasil kolaborasi sesuai program (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg) 7. Mengukur TTV TD: 135/85 mmHg N: 79x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	A: Masalah teratasi sebagian 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (4) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5)
		P: Intervensi dilanjutkan No.(2,7,18)			P: Intervensi dilanjutkan (No. 2,7,18)
2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai membaik untuk di gerakan O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih di anjurkan tidur	18-8-2025 15.00	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (Dengan mengamati respon fisik klien melakukan pergerakan :klien sudah di latih duduk) 4. Mengkaji kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah tidak ada kelemahan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien Sudah boleh duduk

		4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik	15.20	5	5	4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik	
		5. Kekuatan otot		5	5	5. Kekuatan otot	
		5	4			5	5
		5	4	15.25	9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (melatih klien duduk di bed)	10. Kelemahan fisik Menurun (4)	
		A: Masalah teratasi sebagian				A: Masalah teratasi sebagian	
		1. Pergerakan ekstremitas Meningkatkan (3)				1. Pergerakan ekstremitas Meningkatkan (4)	
		2. Kekuatan otot Meningkatkan (5)				2. Kekuatan otot Meningkatkan (5)	
		10. Kelemahan fisik Menurun (4)				10. Kelemahan fisik Menurun (4)	
		P: Intervensi dilanjutkan				P: Intervensi dilanjutkan	
		No. (2,4, 9)				No. (4,9)	
3	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	S : -	18-8-2025	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (klien bisa berbicara tetapi sudah jelas)		S :	
		O :	15.00	11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)		O :	
		1. Keadaan umum mulai membaik				1. Keadaan umum mulai membaik	
		2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik				2. Klien bicara sudah jelas dan mudah tidak cedal	
		3. Mulut klien condong ke kiri tidak simetris	15.20			3. Mulut klien sudah mulai simetris	
		A : Masalah teratasi sebagian				A : Masalah teratasi sebagian	
		1. Kemampuan bicara meningkat (3)				1. Kemampuan bicara meningkat (4)	
		5. Disatria Menurun (3)				5. Disatria Menurun (4)	
		P: Intervensi dilanjutkan				P: Intervensi dilanjutkan	
		No. (4.11)				No. (4.11)	
1	Gangguan perfusi serebral	S :	19-8-2025	2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi		S :	
		1. Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang saat	08.30			1. : Klien mengatakan sudah tidak pusing saat kepala di	

tidak efektif b.d defisit neurologis	kepala di gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu	09.20	melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (Menanyakan klien masih pusing : Klien mengatakan sudah tidak pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, pusing dirasakan ringan, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu dan melakukan ttv)	gerakan, pusing terasa berputar sudah berkurang, pusing dirasakan ringan, disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu	
0 :	1. Keadaan umum klien Cukup 2. Skala pusing ringan 3. Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 4. Akral tersa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD: 134/73 mmHg N: 76x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	09.40	7. Mengukur TTV TD: 132/86 mmHg N: 82x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99 CRT < 3 detik Turgor < 3 detik 18. Memberian obat hasil kolaborasi sesuai program (Citicolin 1 x 500 mg) 7. TTV TD: 135/74 mmHg N: 79x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	0 :	1. Keadaan umum klien Cukup 2. Skala pusing ringan 3. Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 4. Akral terasa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD: 135/74 mmHg N: 79x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%
A: Masalah teratasi sebagian	1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (4) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5)			A: Masalah sudah teratasi	1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5)
P: Intervensi dilanjutkan (No. 2,7,18)				P: Intervensi di hentikan (Klien KRS)	

2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah tidak ada kelemahan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien Sudah boleh duduk 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot 5 5 5 5	19-8-2025 08.30	4.	Mengkaji kekuatan otot (dengan menganjurkan klien mengangkat tangan dan kaki)	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah tidak ada kelemahan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas meningkat 3. Klien Sudah boleh BAK di toilet dan latihan jalan 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot 5 5 5 5	A: Masalah teratasi sebagian 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (4) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 10. Kelemahan fisik Menurun (4) P: Intervensi dilanjutkan No. (4.9)	09.20	9.	Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (melatih klien jalan perlahan dan menaungkan keluarga menemani klien BAK di toilet)	A: Masalah sudah teratasi 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 10. Kelemahan fisik Menurun (5) P: Intervensi di hentikan (Klien KRS)	
	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	S : - O : 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik 3. Mulut klien mulai simetris	19-8-2025 08.30	4.	Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (dengan menanyakan nama, keluhan klien sekarang :klien bisa berbicara tetapi sudah jelas)	S : - O : 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik 3. Mulut klien mulai simetris	A : Masalah teratasi sebagian 1. Kemampuan bicara meningkat (4)	09.20	11.	Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk	A : Masalah sudah teratasi	

5. Disatria Menurun (4)	berbicara pelan dan kalimat pendek)	1. Kemampuan bicara meningkat (5)
P: Intervensi dilanjutkan No. (4.11)		5. Disatria Menurun (5)
		P: Intervensi di hentikan (Klien KRS)

4.1.10 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Analisa			
No	Teori	Fakta	Kesenjangan
1	Pengkajin : Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnostik medis, dan rentang usia CVA di atas 50 tahun. (Dermawan, dalam Kusyani, 2022).	Berdasarkan hasil penelitian klien CVA Infark pada Tn. M dengan usia 59 tahun, jenis kelamin Laki laki, pendidikan terakhir SLTA, bertempat tinggal di RT 18 RW 06, Ngantru, Trenggalek, Trenggalek. Pekerjaan Tani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 16 Maret 2025, tanggal pengkajian 16 Maret 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Sesuai
2	Keluhan Utama : Pada pasien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) biasanya masalah gangguan motori kelemahan anggota gerak sebelah badan, sulit komunikasi, nyeri kepala, bicara pelo, gangguan sensor motorik, kejang dan gangguan kesadaran (Turwoto, dalam Kusyani, 2022)	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran Saat Pengkajian : Klien mengatakan pusing.	Sesuai
3	Riwayat penyakit sekarang : CVA biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah, serta kejang sampai tidak sadar (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	Keluarga klien mengatakan Tn. M ditemukan pingsan di dapur jam 13.30 WIB. Lalu dibawa ke IGD pukul 14.00 WIB, ketika tiba di IGD Klien sudah sadar dengan keluhan pusing, lemas setengah badan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan , mual, dan bicara cedal . Lalu pukul 16.30 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke.	Sesuai

4	Riwayat penyakit dahulu : Terdapat riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	1. Klien mengatakan mempunyai Riwayat Penyakit jantung sudah pernah masuk rumah sakit 2 tahun lalu dan 1 tahun lalu dirawat di ruang sadewa. 2. Riwayat merokok 20 tahun 3. Rutin kontrol di PKM Trenggalek 1 bulan sekali 4. Jarang minum obat, minum obat ketika ada gejala	Sesuai
5	Riwayat penyakit keluarga : Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat CVA dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyuni, 2022).	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau (DM, Hipertensi dan penyakit Jantung).	Terdapat Kesenjangan
6	Pola Nutrisi dan Cairan : Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut. (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Dirumah : Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Posri makan dihabiskan. Tidak ada pantangan makan Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari. Tidak ada pantangan minum Di RS: Klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya makan buah pisang karna baru tiba di RS, klien tidak mengalami kesulitan makan. Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 500 liter $\frac{1}{2}$ aqua tanggung.	Terdapat Kesenjangan
7	Pola Eliminasi : Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Di Rumah : Klien mengatakan saat di rumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Klien mengatakan belum BAB karena baru tiba di RS. Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS :	Terdapat Kesenjangan

		Klien mengatakan selama dirumah sakit klien sudah BAK 1 x menggunakan pispod dengan warna kuning bau khas urine	
8	Pola Istirahat tidur : Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	Dirumah : Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan selama di rumah sakit, klien belum tidur karna baru tiba di RS	Terdapat Kesenjangan
9	Pola kognitif dan sensori persepsi : Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien sedikit pelo, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.	Terdapat Kesenjangan
10	Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial : Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	Klien mengatakan bicara sedikit sulit tetapi klien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan Bahasa Jawa. Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Sesuai
11	Pola Keyakinan dan Nilai : Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	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 cepat sembuh.	Terdapat Kesenjangan
12	Keadaan Umum : Keadaan umum dengan klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan. TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99% Klien tampak berbaring di tempat tidur	Terdapat Kesenjangan

Pemeriksaan Fisik :		
13	1) Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat. Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis). 2) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). 3) Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. 4) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga). 5) Mulut: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir. 6) Dada/Thorak (1) Pemeriksaan sistem pernafasan	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah tidak simetris mengalami kelemahan otot wajah sebelah kiri. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala. Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan. Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan Bibir tidak simetris mengarah ke kiri. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, Klien dapat menjulurkan lidah tetapi condong ke kiri Sesuai Terdapat Kesenjangan Terdapat Kesenjangan Sesuai Sesuai Sesuai

(a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak. (b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus (c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor. (d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.	Inspeksi : bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercostal. Palpasi : Vocal Fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : suara nafas vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan.	
(2) Pemeriksaan jantung (e) Inpeksi : iktus kardus tidak terlihat. (f) Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak. (g) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar. (h) Auskultasi : mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.	Inspeksi : isctus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup	Sesuai
7) Abdomen (1) Inpeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema. (2) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal. (3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani.. (4) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran.	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada lesi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara Tympani Auskultasi : bising usus terdeggar 7x/menit	Terdapat Kesenjangan
8) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter. 9) Ekstremitas : 1. Atas	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.	Terdapat Kesenjangan Sesuai

CRT normal < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku ditekuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi reflek bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan refleksi Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+).	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot				
2. Bawah Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien fleksi bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon reflek Caddok (+). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella (+).	<table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan	5	4	5	4
5	4				
5	4				
Saraf kranial (1) <i>Nervus I (Olfaktiorus)</i> : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya	Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. Sesuai				

	ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.	Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding.	Terdapat Kesenjangan
(2)	<i>Nervus II (Optikus)</i> : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.	Okulomotorius : pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)	Terdapat Kesenjangan
(3)	<i>Nervus III (Okulomotoris)</i> : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan <i>anisokor</i> ; <i>palpebra</i> dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.	Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah	Terdapat Kesenjangan
(4)	<i>Nervus IV (Toklearis)</i> : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.	Trigeminus : reflek berkedip klien positif	Terdapat Kesenjangan
(5)	<i>Nervus V (Trigeminus)</i> : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.	Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri	Terdapat Kesenjangan
(6)	<i>Nervus VI (Abdusen)</i> : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.	Fasialis : Lidah klien kurang kuat mengerakan pipi	Sesuai
(7)	<i>Nervus VII (Fasialis)</i> : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.	Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.	Sesuai
(8)	<i>Nervus VIII (Vestibulocochlearis)</i> : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.	Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.	Terdapat Kesenjangan
(9)	<i>Nervus IX (Glosfaringeus)</i> : <i>ovule</i> yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.	Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Terdapat Kesenjangan
(10)	<i>Nervus X (Vagus)</i> : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.		

	(11) <i>Nervus XI (Asesorius)</i> : klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan	Terdapat Kesenjangan
	(12) <i>Nervus XII (Hipoglosus)</i> : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah, namun artikulasi kurang jelas	Sesuai
14	Diagnosa : Berikut diagnosa keperawatan pada klien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) menurut (PPNI, 2017) : 1) Gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017) 2) Defisit perawatan diri (D.0109) 3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032) 4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) 5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040) 6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). 7) Gangguan persepsi sensori	1) Gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017) 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). 3) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Terdapat kesenjangan
15	Intervensi : Berdasarkan diagnosa di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI,SIKI dan SLKI (PPNI, 2017). 1)Gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017) 2)Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)	Sesuai

3)Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Monitor gelombang ICP 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
--	--

-
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)
6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu
7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492)

Observasi

1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara
2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)
3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil
-

	menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
16	Implementasi : Implementasi merupakan tindakan yang akan dilakukan dari sebuah perencanaan, terdiri dari tindakan mandiri (independen), serta kolaborasi (dependen). Tindakan yang berasal dari keputusan diri sendiri merupakan tindakan mandiri, sedangkan tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain merupakan tindakan kolaborasi (Turwoto dalam Kusyuni, 2022).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Terdapat kesenjangan
17	Evaluasi : Menurut (Hidayat, dalam Kusyuni, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu : 1) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien). 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala	Diagnosa 1 S : 1. Klien mengatakan masih merasa pusing saat kepala di gerakan, pusing terasa berputar disertai mual dirasakan di kepala bagian depan, pusing terasa sewaktu waktu O : 1. Keadaan umum klien lemah 2. Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 3. Skala pusing sedang 4. Akral terasa hangat Sesuai

sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat. 3) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien. 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.	5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD :131/84 mmHg N : 81x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99%				
	A: Masalah Teratasi Sebagian 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (3) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5)				
	P: Intervensi dilanjutkan No. (2.3.7.18)				
	Diagnosa 2				
	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai agak mudah diangkat tatapi tidak kuat				
	O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1075 1181 1232 1244"> <tr> <td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>5</td><td>4</td></tr> </table>	5	4	5	4
5	4				
5	4				
	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan				

No. (2,4,7,8)

Diagnosa 3

S :

O :

1. Keadaan umum mulai membaik
2. Klien sulit berbicara cedal
3. Mulut klien tidak simetris condong ke kiri

A : Masalah belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

No. (4.10.11)

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan fakta, disusun sesuai dengan tujuan khusus dalam Karya Tulis Ilmiah ini meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan dari hasil penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA dilaksanakan pada klien CVA 16 Maret 2025 sampai 19 Maret 2025 klien Tn. M di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek didapatkan hasil sebagai berikut

4.2.1 Pengkajian

1) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan data pengkajian Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau (DM, Hipertensi dan penyakit Jantung).

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

Penulis berasumsi bahwa klien tidak terkena penyakit CVA karena Riwayat penyakit keluarga tetapi bisa terjadi karna faktor gaya hidup klien yang kurang sehat seperti Riwayat merokok 20 tahun, Klien minum obat ketika ada keluhan, Klien mempunyai riwayat jantung tetapi tidak ada pantangan makan dan minum klien.

2) Pola nutrisi dan cairan

Berdasarkan hasil pengkajian Dirumah : Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Posri makan dihabiskan. Tidak ada pantangan makan. Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari. Di RS: Klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya makan buah pisang karna baru tiba di RS, klien tidak mengalami kesulitan makan. RS Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 500 liter $\frac{1}{2}$ aqua tanggung

Berdasarkan Teori terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut. (Turwoto, dalam Kusyanti, 2022).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami kesulitan menelan karena klien tidak mengalami masalah pada nervus 10 (vagus), klien tidak mual mutah, nafsu makan baik karena klien tidak dalam fase akut serta adanya keinginan klien untuk cepat sembuh kembali sehingga mendorong klien untuk menjaga pola makannya.

3) Pola Eliminasi

Berdasarkan hasil pengkajian Di Rumah : Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Klien mengatakan belum BAB karena baru tiba di RS. Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine. Di RS :Klien mengatakan

selama dirumah sakit klien sudah BAK 1 x menggunakan pispor dengan warna kuning bau khas urine.

Berdasarkan teori adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Turwoto, dalam Kusyanti, 2022).

Penulis berasumsi klien tidak mengalami gangguan pada pola eliminasi karena tidak mengalami kelemahan otot finger dan klien menjaga pola makan saat di RS.

4) Pola istirahat tidur

Berdasarkan data pengkajian Dirumah : Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan selama dirumah sakit, klien belum tidur karena baru tiba di RS.

Berdasarkan teori terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot (Turwoto, dalam Kusyanti, 2022).

Penulis berasumsi Klien tidak mengalami gangguan pada pola tidur karena klien belum tidur dan hanya mengeluh pusing sedang tetapi ketika sudah dilakukan implementasi pemberian obat klien mengatakan pusing berkurang juga dan minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang (dengan membatasi pengunjung dan meminimalisir barang bawaan keluarga klien) agar klien dapat beristirahat dengan baik.

5) Pola kognitif

Berdasarkan data pengkajian Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien sedikit pelo, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

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

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami masalah pada nervus 2 (optikus) sehingga klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien juga tidak mengalami penurunan daya ingat karena klien diberikan terapi citicolin yang salah satu kegunaannya untuk mencegah gangguan memori akibat CVA.

6) Pola Keyakinan dan Nilai

Berdasarkan hasil pengkajian 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 cepat sembuh.

Berdasarkan teori Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).

Penulis berasumsi meskipun klien mengalami kelemahan tangan dan kaki sebelah kiri klien masih tetap semangat untuk beribadah karna sudah menjadi kebiasaan klien Ketika dirumah klien sholat 5 waktu, ikut yasinan.

7) Keadaan Umum

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan. TTV TD : 130/81 mmHg N : 78x/ menit S : 36,5°C RR : 22x/ menit SP02 : 99%. Klien berbaring di tempat tidur.

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

Penulis berasumsi klien selama dirawat 3 hari tidak mengalami penurunan kesadaran, dan pada TTV klien tidak mengalami kenaikan tekanan darah dan nadi.

8) Pemeriksaan fisik

a) Mata

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur.

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

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata.

b) Hidung

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.

Berdasarkan teori umumnya pada klien CVA ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami masalah pada hidung dikarenakan klien tidak mengalami penurunan kesadaran, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada sistem pernafasan.

c) Abdomen

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual, bising usus 7 x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa, thympani

Berdasarkan teori didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami masalah pada abdomen yaitu pada klien tidak mengalami keluhan mual dikarenakan tidak ada peningkatan asam lambung pada klien, sehingga tidak terjadi masalah pada bagian abdomen klien.

d) Genetalia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Tidak ada kelainan, tidak ada luka, Tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.

Menurut Teori ditemukan adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil dan tidak ada inkontinensia urine, sehingga tidak ada masalah pada genetalia

9) Pemeriksaan Neorologis

a) Optikus

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada jam dinding.

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

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), dikarenakan nervus optikus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

b) Okulomotorius

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

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

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 3 okulomotorius (gerakan ekstraokular mata), dikarenakan nervus okulomotorius pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

c) Toklearis

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah.

Menurut Teori kelainan berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 4 troklearis (gerakan bola mata ke atas bawah), dikarenakan nervus troklearis pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

d) Trigeminus

Berdasarkan data penelitian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Menurut teori untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat

sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 5 trigeminus (sensori kulit wajah), dikarenakan nervus trigeminus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

e) Abdusen

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

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

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 6 abduksen (gerakan bola mata menyamping), dikarenakan nervus abduksen pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

f) Glasofaringeus

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.

Menurut teori gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian .Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh.

Penulis berasumsi bahwa klien masih bisa membedakan rasa, sehingga tidak terjadi gangguan perasa pada keadaan klien saat ini.

g) Vagus

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

Menurut teori gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 10 vagus (sensasi faring, gerakan pita suara), dikarenakan nervus vagus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

h) Hipoglosus

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih mampu menjulurkan lidah.

Menurut teori Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 12 hipoglosus (posisi lidah), dikarenakan nervus hipoglosus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat CVA yang dialami.

4.2.2 Diagnosa

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien CVA Infark, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 3 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan

komunikasi verbal berhubungan dengan disartria dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan CVA yaitu sebanyak 7 diagnosa keperawatan, yaitu gangguan perfusi jaringan cerebral tidak efektif , gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, gangguan kebutuhan nutrisi, resiko gangguan komunikasi verbal, gangguan presepsi sensori dan gangguan eliminasi urine.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu Gangguan perfusi serebral tidak efektif , gangguan komunikasi verbal dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan secara teori klien dengan CVA infark diagnosa yang muncul ada 7. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan presepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada presepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan

juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi

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

Intervensi keperawatan adalah salah satu standart profesi yang dibutuhkan untuk menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Intervensi merupakan segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis dalam mencapai serta pemulihan peningkatan, pencegahan kesehatan pada klien individu, keluarga (PPNI, 2017).

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

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.

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

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa Gangguan perfusi serebral tidak efektif intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 17 intervensi, lalu pada diagnosa Gangguan komunikasi verbal intervensi yang dapat implementasikan terhadap klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 15 intervensi, dan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 5 sedangkan menurut teori terdapat 9 intervensi. Menurut peneliti Intervensi sudah disusun berdasarkan teori, tetapi tidak semua intervensi yang muncul pada teori dapat dilakukan kepada klien, karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

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 Menurut (Hidayat, dalam Kusyuni, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu : S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien). O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat. A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien. P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi menggunakan SOAP untuk menilai hasil dari proses keperawatan, selama dilakukan tindakan keperawatan 3 hari kriteria hasil belum semua teratasi tetapi sudah menunjukkan adanya perkembangan pada klien yang lebih baik, menurut penulis hal tersebut terjadi karena pemulihan penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga memerlukan perawatan

yang intensif terlebih pada klien yang sudah mengalami kelemahan anggota tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Masalah yang muncul pada kasus *CVA* pada penelitian studi kasus ini adalah Gangguan perfusi serebral tidak efektif , Gangguan Komunikasi Verbal dan Gangguan Mobilitas Fisik. Pada hasil penelitian didapatkan beberapa perbedaan antara teori dan fakta yaitu pada riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi dan cairan, pola tidur, pola eliminasi, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genetalia) dan pada pemeriksaan saraf. Menunjukkan bahwa tidak semua manifestasi dapat ditemukan pada saat pengkajian dan juga disebabkan oleh beberapa faktor lain, pemberian terapi yang tepat yang melatarbelakangi tidak terjadinya komplikasi yang berlanjut.

5.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 3 diagnosa, yaitu klien dengan Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada konsep teori *CVA* terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa tersebut ditemukan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan menggunakan dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan yaitu pada diagnosa Gangguan perfusi serebral tidak efektif intervensi. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang tidak dilakukan seperti berikan respons terhadap perilaku non verbal, gunakan bahasa tubuh. Pada Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang tidak dilakukan adalah kolaborasi stimulasi elektrik, kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus. Hal tersebut tidak dilakukan karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan yaitu pada

diagnosa Gangguan perfusi jaringan Serebral tidak efektif masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK klien merasa pusing, TTV membaik. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah belum teratasi yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal menyebutkan nama dan keluhannya, klien masih bicara cedal tidak simetrisan pada mulut klien condong ke kiri. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah belum yaitu dengan kriteria klien Gerak Rentang (ROM) klien menurun, kekuatan otot tetap tidak ada peningkatan, aktifitas klien dibatasi hanya boleh berbaring di bed.

5.1.6 Fakta dan Teori

Pada tahap menganalisis antara teori dan fakta pada penelitian studi kasus ini dengan klien CVA di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo, terdapat kesenjangan pada pengkajian Riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi dan cairan, pola tidur, pola eliminasi, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genitalia) dan pada pemeriksaan saraf. Pada diagnosa keperawatan juga terdapat kesenjangan teori pada konsep teori CVA terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa tersebut ditemukan. Pada Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan melihat kondisi klien. Dengan mengatasi kesenjangan antara teori dan fakta di

harapkan asuhan keperawatan yang di berikan pada klien CVA akan menjadi efektif, komprehensif, dan berorientasi pada pemulihan yang optimal.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi lahan penelitian

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

5.2.2 Bagi institusi

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

5.2.3 Bagi peneliti sebelumnya

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

5.2.4 Bagi pasien

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

5.2.5 Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Ainy Ratna Eka Nur, N. A. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis : Oksigenasi. *Jurnal of Advanced Nursing and Health Sciences*, 2(1): 21 - 25.
- Banjar, F. R. (2022). Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar. Vol. 002, No. 002, PP. 175 – 197.
- Basuni, M. S. (2023). Pengaruh Discharge Planning Pada Pasien Stroke: A Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(3), 1087-1100.
- Dwilaksono, D dkk (2023). Faktor – Faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke Iskemik pada Penderita Rawat Inap. <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/1433>
- Hariato, A. S. (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah I Dengan Diagnosis Nanda Internasional. Jogjakarta: Ar-ruzz.
- Hebatul, A. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada dengan CVA di Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek*. Trenggalek: Polkesma.
- Indrawati, S. D. (2016). *Care Yourself Stroke Cegah Dan Obati Sendiri*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Irawati, P. &. (2017). Pengaruh Membaca Alquran Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Klien Dengan Hipertensi Di Rsk Dr. Sitanala Tangerang. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 1(1), 35-45.

- Kemenkes. (2018). *Apa itu Stroke*. Diambil kembali dari Kemenkes:
<https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa-itu-stroke>
- Kemenkes. (2018). *Apa saja Jenis-Jenis Stroke*. Diambil kembali dari Kemenkes:
<https://p2ptm.kemkes.go.id/Infographic/stres-dapat-dirasakan-oleh-siapa-saja/apa-saja-jenis-jenis-stroke>
- Kemenkes. (2023). *Mengenal Stroke Lebih Dekat*. Diambil kembali dari Kemenkes:
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2936/mengenal-stroke-lebih-dekat
- Kusyani Asri, K. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*. 2022: Guepedia.
- Lestari Inka, E. R. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Stroke*. *Jurnal Global Ilmiah*, 3026-5207.
- Lestaring, T. N. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Cva Di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. Trenggalek: POLKESMA.
- Ma'arif, H. A. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Suedomo Trenggalek*. Trenggalek: Polkesma.
- Maulida, M. (2018). *Pengaruh Rasio Kolesterol Total terhadap High Density Lipoprotein (HDL)*. *Pengaruh Rasio Kolesterol Total terhadap Hight Density Lipoprotein (HDL) pada Kejadian Stroke*, Volume 7 Nomor 2|.
- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyaraf*. Jakarta: Selamba Madika.

- NANDA. (2016). *Buku Diagnosa Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi*. Jakarta: ECG.
- Natasya, P. A. (2023). Gambaran Epidemiologi Stroke Di Jawa Timur Tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 7, Nomor 1.
- Nugroho, N. W. (2023). Gambaran Tekanan Darah Dan Imt Pada Pasien Stroke Di Puskesmas Kemangkong. . *Jurnal Inovasi Penelitian*,, 3(10), 7827-7834.
- Nurhikmah, N. S. (2021). Hubungan Pola Makan Dan Perilaku Dengan Kejadian Stroke di RSUD Lanto Daeng Pasewang Kabupaten Jeneponto.
- Nurlaily, A. P. (2020). Asuhan Keperawatan Hemorogik dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar. *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences*, : 21 - 25.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.
- Pane, J. P. (2024). GAMBARAN PENGETAHUAN TENTANG MODIFIKASI GAYA HIDUP TERHADAPPENCEGAHAN STROKE BERULANG DI RSUP H. ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2023: OVERVIEW OF KNOWLEDGE ABOUT LIFESTYLE MODIFICATION TO PREVENT REPEAT STROKE AT H. ADAM MALIK HOSPITAL, MEDAN, 2023. *ntan Husada: Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 12(02), 366-375.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi I*. Jakarta: PPNI.

- PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia :Definisi Rencana dan Tindakan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Pratama, A. Y. (2025). *Laporan Magang di Ruang Unit Stroke dr. Soedomo*. Trenggalek: Polkesma.
- Putri, A. A. (2023). Gambaran Epidomologi Stroke di Tahun 2023 Jawa Timur. *Program Studi Kesehatan Masyarakat*, Volume 7, Nomor 1.
- Rafiudin, M. A. (2024). Penerapan Range Of Motion (Rom) Aktif Cylindrical Grip Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*,, 4(3), 416-425.
- Safei, I. R. (2021). Pengaruh Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Pasca Stroke. . *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*,, 1(3), 216-223.
- Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan tatalaksana stroke hemoragik. *Jurnal Medika Hutama*, 1660-1665.
- Srilestari. (2022). *Stroke*. Diambil kembali dari Kemenkes: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/620/stroke
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryono, A. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang*.

Tarwoto. (2013). Gangguan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta: CV Sagung Seto. Edisi II.

Tunik, T. Y. (2024). Pemberdayaan Kader Posbindu Ptm Desa Mlinjon Dalam Deteksi Dini Dan Pengendalian Faktor Resiko Stroke. Community. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(2), 162-169.

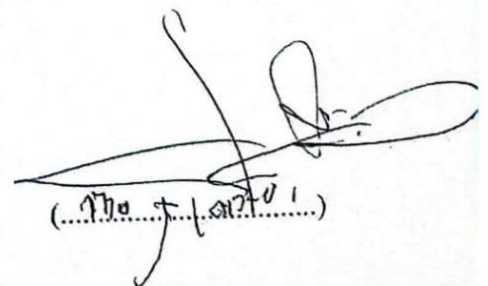
Wahyuni, A. T. (2019). *Profil Pasien Stroke Iskemik di Istilasi Stoke*. Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pindad Turen (Doctoral dissertation, Akademi Farmasi Putera Indonesia Malang).

Widyawati, I. B. (2020). Literature Review: Efektivitas Terapi Range Of Motion (ROM) Pada Klien CVA. *Jurnal Citra Keperawatan*, 8.2: 93-100.

*Lampiran 1 Lembar informed consent***LEMBAR PERSETUJUAN
(INFROMED CONSENT)**

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

Trenggalek, 16.3. 2025


(.....)

Lampiran 2 Lembar persetujuan menjadi responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

Trenggalek, 16. 3 2025


(.....X. Yulianto.....)

Lampiran 3 Lembar penelitian akademik



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65142
 ☎ (0341) 566075
 🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/85/2025

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 : ADHYTIA YUDHA PRATAMA

NIM : P17240223055

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

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 03 Maret s/d 30 April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Unit Stroke

3. Peneliti.

Lampiran 4 Surat penelitian dari Rumah sakit



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, 14 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 116 /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.15.5/85/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : ADHYTIA YUDHA PRATAMA
 NIM : P17240223055
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Klien CVA di Ruang Unit Stoke 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
 Kepala Pengendalian dan Pengendalian



SUJONO, SBT, M Kes
 Pembina
 NIP. 19741020199603 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 Konsultasi Karya Tulis Ilmiah



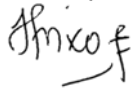
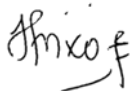
Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	21 Januari 2025	Revisi BAB 1 1. Jastifikasi di lengkap	Amixof
2.	22 Januari 2025	Revisi BAB 1 1. Justifikasi angka kejadian cva di sesuaikan tahun lama ke terbaru 2. Revisi Batasan masalah 3. Tujuan khusus Bab 2 1. Literatur terbaru 2. Lengkapi patofisiologis	
3.	23 Januari 2025	Revisi BAB 1 1. Justifikasi 2. Batasan masalah Revisi bab 3 3. Batasan istilah 4. Kriteria parstisipan 5. Lokasi dan waktu	Amixof
4.	20 Januari 2025	Revisi patofisologis Batasan margin	Amixof

5	30 Januari 2025	BAB 2 Literatur terbaru 10 tahun terakhir, Daftar Pustaka minimal 20	Amixof
6	31 Januari 2025	Siap Sempro ACC	Amixof
7	4 Februari 2025	Revisi BAB 1 dan BAB 3 Justifikasi tahun terbaru, Batasan masalah, Inroductin di sesuaikan dengan CVA, Kriteria pasien	Amixof
8	17 Februari 2025	Acc	Amixof
9	22 April 2025	BAB 3 dan BAB 4 Waktu penelitian, revisi Pengkajian, Analisa data, Diagnosa, Implementasi, Catatan Perkembangan, dan pembahasan teori dan fakta	Amixof
10	24 April 2025	BAB 3 Waktu penelitian dan lampiran askep asli	Amixof
11	25 April 2025	ACC Persiapkan Semhas	Amixof
12	8 Mei 2025	Revisi BAB 3 dan 4 Penulisan Kriteria pasien, penulisan alamat klien, penomoran implementasi disesuaikan intervensi, catatan perkembangan di buat awal dinas dan akhir dinas, pembahasan lebih di perjelas bagian opini	Amixof

13	8 Mei 2025	Revisi Abstrak dan BAB 5 Kesimpulan di sesuaikan dengan tujuan penulisan	
14	15 Mei 2025	Revisi BAB 2 dan BAB 4 Teori diagnosa di tambahkan, analisa data disesuaikan dengan teori bab 2, implementasi di jelaskan	 
15	19 Mei 2025	ACC	
16	19 Mei 2025	ACC	

Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

NIM : _____

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

✧ Nama : Tn. M

✧ Jenis kelamin : laki - laki

✧ Umur : 39 tahun

✧ Status perkawinan : kawin

✧ Pekerjaan : Tani

✧ Agama : Islam

✧ Pendidikan terakhir : JMII

✧ Alamat : RT 18, RW 05, Mekar, Trenggalek, Trenggalek

✧ Tanggal/Jam MRS : 16 Maret 2025 / 14.00 WIB

✧ Tgl/Jam pengkajian : 16 Maret 2025 / 16.30 WIB

2. DIAGNOSA MEDIS : CUA intake

3. KELUHAN UTAMA :

Taal MRS : keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan
kesehatan

Taal Pengkajian : klien mengatakan pusing, haus dan kedingin
sebelah kiri: sulit disorotasi

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (PQRST)

Keluarga klien mengatakan Tn.Mi ditemukan pusing di dapur

jari 13.30 WIB, lalu dibawa ke ISD pukul 14.00 WIB, karena

di ISD klien sudah terdapat dengan keluhan pusing, lemas, refleks

baton tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakkan, mual dan

bicara acak, lalu pukul 16.30 WIB klien di pindah ke ruang UKG

P: pusing saat kepala digerakkan

Q: pusing terasa berputar-putar disamping mual

R: pusing dirasakan di kepala bagian kanan

S: pusing yang dirasakan mual

T: pusing dengan mual

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit jantung

setelah pernah makan ranch

Holen lalu dirawat di way rawat

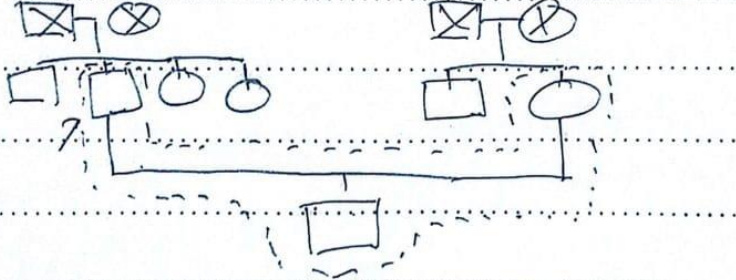
Mendek 20 holon, jarang minum obat, dan kadang

di berikan 1 holon sekali

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki

penyakit seperti bapak (DM, hipertensi, jantung)



KA: □ = laki laki X = meninggal ? = klien
○ = perempuan --- = meninggal

7. POLA AKTIVITAS SEHARI - HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum	Klien mendapatkan makan 3x sehari: pagi, siang dan malam dengan jenis makan sayur, sayur laut, tidak ada permen. Klien minum air putih ± 1,5 liter/hari	Klien mendapatkan rencana di RS klien hari makan buah pisang karena baru tiba di RS Klien mendapatkan rencana di RS minum air putih ± 100 ml
b.	Pola eliminasi	Klien mendapatkan saat di rumah BAB 1 kali sehari Klien mendapatkan BAK 4-5x sehari	Klien mendapatkan belum BAB karena baru tiba di RS Klien menyajikan BAK ± 1 di RS Mensuikan pipet
c.	Pola istirahat / tidur	Klien mendapatkan saat di rumah tidur jam 21.00 - 04.30	Klien mendapatkan belum tidur karena baru tiba di RS
d.	Kebersihan diri	Klien mendapatkan saat di rumah mandi 2x sehari, Ganti 1x bra 1x / m	Klien mendapatkan belum mandi karena baru tiba di RS

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri Konsep diri

- a. Identitas diri : klien optimal, bisa tumbuh dan berkembang di dunia saat ini
- b. Ideal diri : klien mengatakan ia bernama Tn. M kbrkai TS km tuzul di sonu
- c. Harga diri : klien tempat merawat dan selalu beribrah ukk kerentirahya
- d. Peran : Tn. M adalah seorang suami terakusir ayah dar: seorang anak 1
- e. Gambaran diri : -

B. Pola peran hubungan dengan orang lain : klien mengatakan hubungan baik dengan keluarga dan orang lain

C. Pola Seksual : klien mengatakan seorang suami dan memiliki lais anak

D. Pola mekanisme koping : klien mengatakan jom, cinta

E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;

- a. Status mental/emosional : klien dapat mengontrol diri waktu dan tempat
- b. Pola komunikasi : klien aktif dan bicara lancar
- c. Orientasi : baik waktu, tempat, narasi

9. DATA SPIRITUAL

klien beragama islam, rajin sholat 5 waktu, dan
saat di PT klien berdoa dengan penuh percaya Allah

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum : *K/U lemah, keracunan CM, GCS*

4-5-6. Ekstremitas simetris, lemah, Turgor normal. Iner d: tonso kanan.

b. Tanda – tanda vital :

TD = 130/80 mmHg

N = 78 x/m

J = 36,5 C

RR = 20 x/m

SPO₂ = 95 %

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

- kepala : *Awal, pengalasan rambut merata, wajah tidak memerah kelamahan*
- Mata : *rabalah kiri; pupil isokor, simetris, konjungtiva merah muda.*
- telinga : *simetris, telinga bersih, tidak ada lesi*
- Hidung : *Tidak pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret*
- Mulut : *Bibir tidak simetris menjorok ke kiri; mukosa lembab*
- Leher : *tidak ada pembesaran jugular*

d. Pemeriksaan integumen :

*Inspeksi = kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi.
warna kulit hitam*

palpasi : Tidak ada edema, Tumor kulit > 2 dbk

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi : Jantung : 1 cm di atas 10th kardiokard
 Paru : kardiokard
 Palpasi : Jantung : 1 cm di atas 10th kardiokard
 Paru : kardiokard
 Perkusi : Jantung : kardiokard
 Paru : kardiokard
 Auskultasi : Jantung : kardiokard
 Paru : kardiokard

f. Pemeriksaan payudara :

Payudara : areola uterik, kardiokard kardiokard

g. Abdoment :

Inspeksi : bening, kardiokard, kardiokard kardiokard
 Auskultasi : kardiokard kardiokard
 Perkusi : kardiokard kardiokard
 Palpasi : kardiokard kardiokard 7x/1m

h. Genetalia :

Tidak terapan kardiokard

i. Ekstremitas :

ketuban otak $\frac{5}{5} \frac{4}{4}$

tepatan wa. tangan kanan

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

- a. Kesadaran/GCS : ... Comper matir
- b. Kemampuan sensorik : Mier : (+) ... pen cum 81
pans 81
- c. Kemampuan motorik : Hemiplegia ... sebelah kiri
- d. Tanda peningkatan TIK : ... puny
- e. Tanda rangsangan meningeal : ... -
- f. Reflek : turs p 81 (-) ... patola 81 (-)
buer (+) (-) ... Babinski 81 (-)
- g. Nervus cranialis : ... Nerus 5 = jalan bicara agak retol

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

labotokam = terlampur

CT scan = Acl infark di capula intand ku

EKG = Terlampur

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

= P 2.14 tnp

- ah cam 2 x 100 mg

- kam 2 x 5 mg

- CPB 1x1

Trenggalek, ...

Pembimbing

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn M

UMUR : 56

NO. REGISTER :

RUANG : UT

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	As klien mengatakan puny P = pusing sakit lepat di bagian Q : pusing karena berpikir mkn P = pusing karena di kepala bagian dipos T = pusing yang di tangan kanan T. Mm skandalan sawaktu wal Do = - k / Ulemar - CM - UFG - PU - TD = 130/80 mmHg - M = 70 kg - T = 20 x 1 m - SpO₂ = 98 %	Gangguan pernapasan tersebab hable Efektif	Defisit Nadi: ↓ TTC mentak ↓ Defisit nadi karena otak ↓ Pentama karena umut carbetol

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
2	Dt. kelen mengadati tangan kiri dan kanan leng panjang DO = f / v panjang - Mengalami: btkr bakteri Alunite - kelen kelen - ditampat dur - kelen dkr $\frac{5}{5} \frac{4}{5}$	Gangguan metabolisme firt	Hemiparesis
3	Dt. - DO = f / v panjang - bicara cetol / Nkt. bicara - Campi mahr 9-5-6	Gangguan komunikasi Verbal	Disalma

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn M

UMUR : 59

NO. REGISTER :

RUANG : 125

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1	16/3/2015	Gangguan persepsi: pusing akut Epilepsi: bintil de kurt. nardokur . d. d . Pr = klien pusing P = sakit kepala di bagian Ga = kejang pte Kt = kejang badan S = di bagian T = reaktivasi Do = - 1cb / 1cm - tekanan CNI - GGT 47.6 - TTU = TD = 130/80 mmHg M = 78 kg J = 36,5°C HR = 102/menit RR = 18/menit		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
2	16/3/2015	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot Pr. - pasien menunjukkan tangan kiri dan kaki: kiri, lemah Do = k/u lemah - kelemahan otot - Alupar - bantal - RCTA dengan ketidaktahuan otot 5/4 5/4		
3	16/3/2015	Gangguan konsentrasi verbal b.d disfungsi Pr. Do = k/u lemah - tidak ada k/c a. cefalal		

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1	16/31 2025	Gangguan perilaku terbatal	terdapat indikator status keperawatan selama 3x24 jam diharapkan per- ilaku meningkat (L.O2014) dengan kriteria hasil : 1. tinggalkan keadaan nyakit 2. sakit cepat mem- baik 3. Tindakan tidak menyakit	Manajemen peristaltik Tik (1.05325) diartikan 1. Identifikasi peristaltik Tik 2. Menilai tanda/gejala Tik 3. Monitor peristaltik 4. Mengukur tingkat yang terakumulasi 5. bila peristaltik Tik 6. Kolaborasi dengan dokter	1. ulu mada peristaltik Me klan 2. ulu mada tanda gejala Tik 3. Menilai peristaltik 4. Mengukur tingkat yang terakumulasi 5. Menilai peristaltik 6. Kolaborasi dengan dokter	
2	16/51 2025	Gangguan sifat	terdapat indikator keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keadaan meningkat	Pemeriksaan peristaltik (1.05133) 1. Identifikasi tanda peristaltik	1. ulu mada : tanda Me mada	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
	16/4 2015		(L. 01024) dan kutuana hal 1. pengontrolan Rhu mabok 2. latihan ddt meningkat 3. tatap guburan mabok	2. paktor: objekta mabok 3. paktor: objekta mabok 4. libatkan keluarga bela-pala 5. jalan paktor mabok	1. Mayipos mabok mabok 2. Mayipos mabok mabok 3. libatkan keluarga mabok 4. jalan paktor mabok	

IMPLEMENTASI

NAMA : Tn M

UMUR : 59

NO. REG :

RUANG : UT

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
1	16/3/2015 16.30 16.40	Kontak perifer perifer kuku Eksudat	1. Melakukan BHDJ 2. Mengidentifikasi penyebab Tik 3. Menyajikan tanda gejala Tik 4. Mengprevalensi tingkat keparahan 5. Mengukur TTV TD = 130/80 mmHg M = 78x/m SpO ₂ T = 36.5°C RR = 20x/m 6. Menyajikan perawatan 7. Menyajikan ligum apron 8. Kebersihan pemberian obat (airan - fasin)	
2.	16/3/2015	Gangguan mobilitas tungkai	1. Melakukan BHDJ 2. Mengidentifikasi faktor tungkai 3. Menyajikan perawatan obat $\begin{array}{r} 5 \mid 4 \\ 5 \mid 4 \end{array}$ 4. Melakukan Algoritma mobilitas	

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG :

RUANG :

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
3	16.3.2015	Gangguan komunikasi verbal	1. Mengkaji kemampuan klien 2. Mengajar klien dengan menggunakan media gambar 3. Menyajikan lingkungan yang mendukung 4. Mengajak klien bermain permainan	

EVALUASI

NAMA : Th. M

UMUR : 59

NO. REG. :

RUANG : U5

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
1	16/3/2025 21.00	Pena pengusir terbalak luka paku	S: 1. klien mengeluh mual/pusing P: pusing saat kepala digetok Q: pusing terasral/bapuk R: dikepok, bantur S: pusing yang berat T: pusing sudah wajar O: 1. keadaan umum klien mulai membaik 1 CM 4-5-6 TTU TD: 148/82 mmHg MT: 81 x 46 J: 36.5 MT: 20 RPO: 95 A: taraf farda: selam P: intervi. lanjut 12.1.85

EVALUASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG. :

RUANG :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
2	16/3/2025	Gangguan mobilitas fisik	T = Tangen tus dan kaki. ke: nmt. di gendak O = 1. k/u nmt mantal 2. kumun alihur 3. bedur 4. kom nmt mantal 5. ketawahan chat $\begin{array}{r} 5 \\ 5 \end{array} \begin{array}{r} 4 \\ 4 \end{array}$ A = mantal baln trata. P = ulun: dalyun 2.5.7.8
3.	16/3/2025	Gangguan motorik Verbal	T = O = 1. k/u lamp 2. kumun biara cedat 3. nmt-cumy ke kur A = Mantal baln trata. P = ulun: dalyun (1.6.7.11)

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
17-3/2025	1	1. Monitoring tanda gejala Tik 2. Mengapresurasi hgt ketakutan 3. Mempertahankan posisi tangan kanan 4. Mengukur TD TD = 135/75 mmHg = 20 N = 78x/m J = 36,7 S = 95 5. Kolaborasi: pemberian obat Cefixime (x 500mg > setelah 1x TD ts)	S = 1 klien mengatakan merasa pusing P = pusing saat kepala di gerakan mth keatas Q = pusing terasa berat per F = pusing diarahkan orang T = pusing diarahkan sewaktu O = 1.6/0 klien mau bale 2. Ceper mauke 4-5-6 TD = 135/75 mmHg N = 78x/m J = 36,7 S = 95 3. marahan keatas & keatas 1. saat kepala menun 1. tinggait tangan meningkat 3. Tekan darah mth P: Urutan: 16,7 NO-(16,7)

