

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

KARYA TULIS ILMIAH

ANITA CITRA NINGTYAS

NIM: P17240221017



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

2025

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

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

ANITA CITRA NINGTYAS

NIM: P17240221017



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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Anita Citra Ningtyas

Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 14 Maret 2004

Agama : Islam

Alamat : RT 04 RW 02 Ds. Pogalan,
Kec. Pogalan, Kab. Trenggalek



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita 1 Parakan Lulus Tahun 2010
2. SDN 3 Parakan Lulus Tahun 2016
3. SMPN 2 Trenggalek Lulus Tahun 2019
4. SMAN 1 Karangan Lulus Tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek 2022-2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota Himpunan Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek 2022-2025
2. Anggota UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Periode 2022-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Anita Citra Ningtyas

NIM : P17240221017

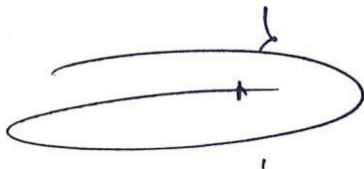
Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

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

Mengetahui

Trenggalek, 02 Mei 2025

Pembimbing

A handwritten signature in purple ink, consisting of a large, stylized oval shape with a horizontal line through the center and a small vertical tick at the bottom right.

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

Yang membuat pernyataan

A handwritten signature in black ink, featuring a series of loops and a long horizontal stroke at the end.

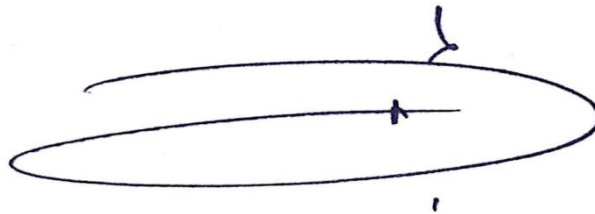
Anita Citra Ningtyas
NIM : P17240221017

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Anita Citra Ningtyas (P17240221017) dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 02 Mei 2025

Pembimbing

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized oval shape with a horizontal line through the middle and a small vertical tick mark at the bottom center.

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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Anita Citra Ningtyas (P17240221017) dengan judul "**Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek**", telah dipertahankan didepan dewan penguji pada 05 Mei 2025

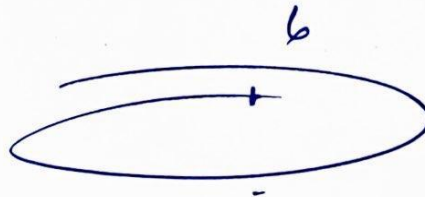
Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep
NIP. 91981111201901201

Anggota Penguji



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

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“Balas dendam terbaik adalah menjadikan dirimu lebih baik dari sebelumnya”

-Ali bin Abi Thalib-

“Aku nggak tau kunci sukses itu apa, tapi aku tau kunci gagal yaitu
menyenangkan semua orang”

-Jerome Polin-

“Setiap tetes keringat orangtuaku adalah ribuan langkahku untuk maju terus”

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim

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

Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk....

Untuk Bapak dan Ibuku

Teruntuk bapakku (Sumani) dan Ibuku (Sri Rahayu), apa yang aku dapatkan saat ini tidak mampu membayar semua kebaikan, keringat, kasih sayang, bahkan air mta yang kalian berikan untukku. Terimakasih untuk doa yang senantiasa selalu kau panjatkan untukku. Terimakasih, semoga semua perjuanganmu untukku dapat terbayar melalui anak-anakmu, dan semoga ini menjadi langkah awal untuk membahagiakan kedua orangtuaku serta langkah menuju masa depanku yang cerah, sukses, dan lebih baik. Dan maafkan aku ketika aku belum bisa menjadi apa yang Bapak dan Ibu inginkan.

Untuk Kelurga Besarku

Teruntuk kakak-kakakku Nanang Nur Cahyo, Hani Prasetyo, Maya Anggraini yang selalu mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan yang selalu menunggu dan membantuku untuk meraih

kesuksesanku, terimakasih banyak, semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan doa kalian untuk kesuksesanku.

Untuk Bapak/Ibu Dosen dan Seluruh Staff Karyawan Prodi D3

Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

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

Untuk Sahabat-Sahabatku

Teruntuk temanku yang selalu ada buat aku Tina, Wahyu, Farra, Meylina, Caca, Titis, Aldila, Septi, Dila, terimakasih sudah membantu saya dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesahku, memberiku semangat, dan selalu mendukungku semoga kalian sehat selalu dan sukses kedepannya, tak lupa terimakasih kepada teman-teman seangkatanku semangat dan sehat selalu, Aamiin..

Untuk Diri Sendiri

Teruntuk saya sendiri Anita Citra Ningtyas. Apresiasi sebesar-besarnya karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terimakasih sudah bertahan sejauh ini, terimakasih karena telah mampu kerja keras dan berjuang sejauh ini sehingga tidak pernah menyerah dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis yakin mau jadi apapun dirimu dimasa depan kamu adalah versi terbaik dalam segala hal. I am proud of myself.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien *CVA (Cerebro Vascular Accident)* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek”. Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan pada program studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

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

1. Dr. Moh. Wildan, A. Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggara pendidikan.
3. dr. Mokh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S., selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek yang telah memberi izin untuk pelaksanaan penelitian hingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep, M.Kes., selaku Kaprodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam

mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.

5. Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurkan isi dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Dewi Wulandari S.Kep., M.Kep., selaku dewan penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Ns. Zuliana, S.Kep., selaku Kepala Ruang Unit Stroke yang telah memberikan tempat penelitian.
8. Tn. S dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.

Trenggalek, 02 Mei 2025



Anita Citra Ningtyas
NIM : P17240221017

ABSTRAK

Anita Citra Ningtyas (2025). *Asuhan Keperawatan pada Klien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D III Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Awan Hariyanto., S.Kep., Ns., M.Kes.

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) apabila tidak ditangani dengan baik bisa menyebabkan kerusakan otak yang parah, cacat permanen, atau bahkan kematian. Pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif diperlukan agar tidak terjadi komplikasi yang berkelanjutan. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada klien dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. Partisipan yang diambil penelitian ini adalah 1 klien CVA iskemik dengan kriteria bersedia menjadi partisipan, kooperatif, kesadaran penuh, bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian, serta klien yang diperkirakan mendapat perawatan selama 3 hari di Rumah Sakit. Analisa data dilakukan dengan membandingkan antara teori dan fakta. Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pada pola interaksi dan komunikasi, pola eliminasi, pola makan dan minum, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik dan pada syaraf kranial. Masalah keperawatan yang muncul berupa resiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang digunakan sesuai dengan teori studi kepustakaan yang ada. Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan masalah klien. Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari klien menunjukkan peningkatan kondisi kesehatan dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian. CVA membutuhkan waktu pemulihan yang tidak singkat, sehingga memerlukan perawatan intensif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, harus diberikan asuhan keperawatan yang tepat agar mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, CVA, Klien

ABSTRACT

Anita Citra Ningtyas (2025). *Nursing Care for Clients with CVA in the Stroke Unit at Dr. Soedomo Regional Hospital, Trenggalek Regency. Descriptive Case Study, Diploma Of Nursing Study Program Trenggalek Regency Campus , Department of Nursing, Ministry of Health Polytechnic Health of Malang. Supervisor: Awan Hariyanto, S.Kep., Ns., M.Kes.*

CVA (Cerebro Vascular Accident) if not handled properly can cause severe brain damage, permanent disability, or even death. Comprehensive nursing care is needed to prevent ongoing complications. The purpose of this study was to provide comprehensive nursing care and analyze the gap between facts and theories in clients with CVA in the Stroke Unit Room of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek Regency. This study uses a qualitative descriptive method with a case study approach in the Stroke Unit Room of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek Regency. The participants in this study were 1 ischemic CVA client with the criteria of being willing to participate, cooperative, fully conscious, willing to provide information needed in the study, and clients who were estimated to receive treatment for 3 days at the Hospital. Data analysis was carried out by comparing theory and facts. The research results showed gaps between theory and facts, namely in interaction and communication patterns, elimination patterns, eating and drinking patterns, sensory and cognitive patterns, physical examinations, and cranial nerves. Nursing problems that emerged were the risk of ineffective cerebral perfusion and impaired physical mobility. The intervention used is by the existing literature study theory. Implementation is carried out based on interventions that have been prepared and adjusted to the client's problems. Nursing evaluation was carried out for three days, the client showed an improvement in health conditions with the criteria of partially resolved problems. CVA require a long recovery time, so they require intensive and ongoing care. Therefore, appropriate nursing care must be given to accelerate the recovery process and improve the quality of nursing services.

Keywords: Nursing Care, CVA, Client

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER I.....	i
HALAMAN COVER II.....	i
CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR ISTILAH	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat	6
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebro Vaskuler Accident)	8
2.1.1 Definisi CVA	8
2.1.2 Klasifikasi CVA.....	8
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Faktor Resiko	10
2.1.5 Manifestasi Klinis	13

2.1.6	Komplikasi CVA.....	16
2.1.7	Patofisiologi	18
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang	22
2.1.9	Penatalaksanaan	23
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	25
2.2.1	Pengkajian.....	25
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	36
2.2.3	Intervensi Keperawatan.....	44
2.2.4	Implementasi Keperawatan.....	51
2.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	51
BAB 3 METODE PENELITIAN		53
3.1	Desain Penelitian	53
3.2	Batasan Istilah.....	54
3.3	Partisipan.....	54
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	55
3.4.1	Lokasi Penelitian.....	55
3.4.2	Waktu Penelitian	55
3.5	Pengumpulan Data	55
3.5.1	Bahan / Instrumen dan Metode Pengumpulan Data.....	55
3.5.2	Prosedur Pengumpulan Data	56
3.6	Uji Keabsahan Data	58
3.6.1	<i>Credibility</i>	59
3.6.2	<i>Transferability</i>	59
3.6.3	<i>Dependability</i>	59
3.6.4	<i>Confirmability</i>	59
3.7	Analisa Data.....	60
3.8	Etika Penelitian	60
3.8.1	<i>Informed Consent</i> (lembar persetujuan).....	60
3.8.2	<i>Anonimity</i> (tanpa nama)	61
3.8.3	<i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	61
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		62
4.1	Hasil.....	62
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	62
4.1.2	Identitas Umum.....	63
4.1.3	Analisa Data.....	74
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	76
4.1.5	Intervensi Keperawatan.....	78
4.1.6	Implementasi Keperawatan.....	81

4.1.7	Evaluasi Keperawatan.....	83
4.1.8	Catatan Perkembangan.....	85
4.1.9	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	90
4.2	Pembahasan.....	103
4.2.1	Pengkajian.....	103
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	116
4.2.3	Intervensi Keperawatan.....	118
4.2.4	Implementasi Keperawatan.....	119
4.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	120
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		122
5.1	Kesimpulan	122
5.1.1	Pengkajian.....	122
5.1.2	Diagnosa Keperawatan	122
5.1.3	Intervensi Keperawatan.....	123
5.1.4	Implementasi Keperawatan.....	123
5.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	123
5.1.6	Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	124
5.2	Saran	124
5.2.1	Bagi Penulis	124
5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan	124
5.2.4	Bagi Peneliti.....	125
5.2.5	Bagi Klien	125
DAFTAR PUSTAKA		126

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	132
Lampiran 2 Lembar Izin Melaksanakan Penelitian	133
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian	134
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan	135
Lampiran 5 Lembar Konsul	147

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Identitas Umum.....	63
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit	63
Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari	65
Tabel 4. 4 Konsep Diri	66
Tabel 4. 5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori.....	67
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik	68
Tabel 4. 7 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap	70
Tabel 4. 8 Penatalaksanaan Terapi.....	73
Tabel 4. 9 Analisa Data	74
Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan	76
Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan.....	78
Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan.....	81
Tabel 4. 13 Evaluasi Keperawatan.....	83
Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan.....	85
Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi.....	18
-------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

ADL	:	Activity of Daily Living
AGD	:	Analisis Gas Darah
APTT	:	Activated Partial Thromboplastin Time
BAB	:	Buang Air Besar
BAK	:	Buang Air Kecil
CI	:	Clinical Instructure
CT Scan	:	Computerized Tomografi Scanning
CVA	:	Cerebro Vascular Accident
DM	:	Diabetes Melitus
EEG	:	Elektro Encephalografi
ECG	:	Elektro Kardiogram
GCS	:	Glasgow Coma Scale
Hb	:	Hemoglobin
HDL	:	High Density Lipoprotein
INR	:	International Normalized Ratio
LED	:	Laju Endap Darah
MRI	:	Magnetic Resonance Imaging
MRS	:	Masuk Rumah Sakit
NGT	:	Nasogastric Tube
ROM	:	Range of Motion
TIA	:	Transient Ischemic Attack
TIK	:	Tekanan Intrakranial

TTV : Tanda-Tanda Vital
WHO : World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

A

- Afasia : Kesulitan dalam bicara
- Antikoagulan : Zat yang digunakan untuk mencegah pembekuan darah.
- Atropi : Pengecilan atau penyusutan jaringan otot atau jaringan saraf
- Arteroklerosis : Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

B

- Bledder : Suatu kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah untuk sekresi, terutama kandung kemih.
- Bowel : Usus atau intestinum

D

- Disastria : Bicara cedal atau pelo
- Disfagia : Kesulitan menelan
- Diplopia : Gangguan penglihatan

E

- Emboli : Penyumbatan mendadak pada pembuluh darah arteri oleh bekuan atau benda asing yang terbawa ketersangkutnya oleh aliran darah.

H

- Hemiparesis : Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh.
- Hemiplegi : Kelumpuhan salah satu sisi tubuh secara mendadak.
- Hemoragik : Perdarahan
- Hiperkolestrol : Suatu keadaan dimana kolesterol dalam tubuh sudah

melebihi kadar normal dalam darah.

Hipertensi : Peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg

Hipoksia : Kekurangan oksigen dalam otak.

I

Iskemik : Kekurangan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh karena permasalahan pada pembuluh darah

Inkontinensia : Ketidakmampuan untuk mengontrol buang air kecil dan buang air besar

K

Kongesti : Peningkatan jumlah darah di bagian atau rongga tubuh.

L

Leukosit : Sel darah putih

P

Polisitemia : Peningkatan jumlah sel darah merah

R

Range of motion : Latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot.

T

Trombosis : Pembekuan darah

Trombosit : Jenis sel darah merah yang bertanggungjawab untuk penggumpalan darah normal.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan merupakan rangkaian interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Menurut WHO, stroke merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian (Kemenkes, 2018). CVA (*Cerebro Vascular Accident*) merupakan penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak (Hariyanti dkk., 2020). Stroke biasanya terjadi karena gumpalan darah, memblokir suplai darah ke bagian otak. Hal ini membuat bagian dari otak rusak atau mati. Stroke sering berdampak negatif pada kualitas hidup pasien, perkembangan sosial dan ekonomi pasien keluarga, dan bahkan beban ekonomi suatu negara. Stroke dapat terjadi pada semua usia tetapi dapat dicegah dan dapat dikontrol (Aulia Imanda, 2019). Akibat stroke, orang bisa menjadi cacat dan kehilangan kemampuan untuk hidup mandiri, secara signifikan dapat mempengaruhi ADL, kualitas hidup seseorang dan berdampak negatif terhadap fisik, psikologis, dan kesehatan sosial (Darussalam, 2022). Stroke merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker

yang dibedakan menjadi 2 jenis stroke yaitu iskemik dan hemoragik (Harahap, 2021).

Berdasarkan WHO pada tahun 2022, prevalensi stroke terdapat sebanyak 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Hal ini berarti 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke didalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 kasus dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184 kasus (Feigin et al, 2022). Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2022 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Rokom, 2022). Menurut Riskesdas pada tahun 2020, prevalensi penderita stroke di Jawa Timur mencapai 21.120 atau 12,4% (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2020). Dalam data di RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek, jumlah pasien juga terus mengalami peningkatan. Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 775 penderita Stroke Non Hemoragik dan 219 penderita Stroke Hemoragik. Pada tahun 2023 sebanyak 1.242 penderita Stroke Non Hemoragik dan 395 penderita stroke Hemoragik. Data klien stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek periode Januari 2023 sampai Desember 2023 didapatkan sebanyak 847 penderita Stroke Non Hemoragik dan 278 penderita stroke Hemoragik (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2023). Data klien stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek periode Januari 2024

sampai Maret 2024 didapatkan sebanyak 130 kasus (Sephia, 2024). Menurut data dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek di Ruang Unit Stroke pada tanggal 10 Februari sampai 12 April 2025 terdapat sebanyak 181 kasus penderita stroke.

Stroke sendiri bisa terbagi menjadi dua jenis, dilihat dari penyebabnya. Pertama stroke iskemik, yaitu stroke yang terjadi jika pasokan darah ke otak berhenti akibat gumpalan darah. Jenis kedua adalah stroke hemoragik, yaitu stroke yang terjadi ketika pembuluh darah yang memasok darah ke otak pecah. Selain kedua jenis tersebut, ada pula yang disebut Transient Ischemic Attack (TIA) atau kerap disebut stroke ringan. TIA terjadi karena pasokan darah ke otak mengalami gangguan sesaat. Umumnya ditandai dengan gejala pusing, penglihatan ganda, tubuh mendadak terasa lemas, dan sulit bicara. Meski terjadi sesaat namun jangan dianggap remeh. TIA biasanya merupakan peringatan akan datangnya serangan stroke berat (Kemenkes, 2016). CVA merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Tanda dan gejala yang dialami antara lain kelumpuhan seisi wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo) perubahan kesadaran, dan gangguan penglihatan, (Anggriani Utama, 2020). Faktor risiko yang dapat menimbulkan stroke terdiri dari faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi (Boot dkk., 2020). Faktor-faktor yang tidak dapat diubah misalnya usia, genetik, jenis kelamin. Sedangkan faktor resiko kejadian stroke dapat diubah, contohnya hipertensi, merokok, diabetes mellitus, hiperlipidemia (kolesterol) dan gaya hidup yang kurang

beraktivitas (Manefo S.R., Budiati ,E., & Maritasari ,D.Y., 2021). Penyebab stroke yaitu dengan meliputi thrombosis, embolisme, perdarahan (hemorrhage) dengan penyebab lainnya yaitu berupa spasme arteri serebral dengan penyebab infeksi, penurunan aliran darah ke otak dan kondisi hiperkoagulasi (Yuniarti, 2020). Jika masalah tersebut tidak ditangani, adapun masalah yang timbul dimana terdapat pembekuan darah di otak, hemiparese pada salah satu sisi tubuh yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian (Kemenkes, 2019).

Penanggulangan stroke dilakukan dengan cara farmakologi dan nonfarmakologi. Secara farmakologi tatalaksana stroke dapat diberikan fibrinolitik, anti-platelet, anti-koagulan, anti-hipertensi, obat neuroprotektif untuk mengatasi (Eriyani, & Shalahuddin, 2019; Assaufi, Ardana, & Masruhim, 2016). Sedangkan secara nonfarmakologi dapat dilakukan fisioterapi/latihan seperti: latihan aerobik, latihan rentang gerak (range of motion), latihan koordinasi, latihan penguatan, dan terapi cermin (Shahidi, Ghasemi, & Shafizadeh, 2020). Penatalaksanaan stroke secara farmakologis maupun non-farmakologis bertujuan untuk meningkatkan kelemahan otot. Pada penderita stroke terdapat gangguan kognitif dan gangguan gerak ekstremitas. Terapi farmakologi bertujuan untuk mengatasi gangguan kognitif (Permatasari, Juwita, Yosmar, & Illahi, 2021), sedangkan gangguan gerak perlu dilakukan terapi non-farmakologis berupa terapi tali menali, ROM, dan terapi cermin (Jamaluddin, Widiyaningsih, & Nadhifah, 2020). Peran perawat dalam menangani

pasien CVA yaitu memberikan asuhan keperawatan sebagai tindakan mandiri untuk mencegah terjadinya komplikasi berkaitan dengan permasalahan keperawatan yang muncul pada pasien tersebut, yang meliputi pengkajian, mendiagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi yang tepat. Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek”

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah ini dibatasi pada asuhan keperawatan yang diberikan pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *iskemik* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, diperoleh rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *iskemik* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek ?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisa antara fakta dan teori pada klien yang mengalami CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek

1.4.2 Tujuan Khusus

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

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan

keperawatan pada klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

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

2) Bagi Institusi Pendidikan

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

4) Bagi Peneliti

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

5) Bagi Klien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA (Cerebro Vaskuler Accident)

2.1.1 Definisi CVA

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) atau stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan berkurangnya atau berhentinya suplai darah secara tiba-tiba (Auryn, 2020)

Stroke atau *Cerebrovascular disease* menurut World Health Organization (WHO) adalah tanda - tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala - gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Jamini et al., 2020)

2.1.2 Klasifikasi CVA

Klasifikasi CVA menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), dibagi menjadi dua yaitu :

1. Menurut patologi dan gejala klinik

- a. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intraserebral, yang pada

umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b. Stroke Non-Hemorogik

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

(1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.

(2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.

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

2. Menurut perjalanan penyakit

a. TIA (Transien Iskemik Attack)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan

neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

b. Stroke involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c. Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi gangguan neurologi yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya, diawali karena Transien Iskemic Attac yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) penyebab terjadinya CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) diantaranya :

- 1) Stroke non hemoragik : thrombosis, emboli, dan spasme pembuluh darah
- 2) Stroke hemoragik : hipertensi berat, pecahnya aneurisme pembuluh darah otak.

2.1.4 Faktor Resiko

Ada beberapa faktor resiko CVA menurut (Mansyoer, 2001 dalam Kusyani, 2022) :

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversibel*) :
 - a. Jenis Kelamin

Hal ini mungkin lebih berhubungan dengan faktor-faktor

pemicu lainnya yang lebih banyak dilakukan oleh pria dibandingkan dengan perempuan, misalnya merokok, minum alkohol, dan sebagainya. Pria lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan perempuan.

b. Usia

Adanya penambahan usia/umur pada seseorang akan terjadi kurangnya fleksibilitas dan lebih terasa kaku pada jaringan tubuh, termasuk dengan pembuluh darah. Pada umumnya, orang yang telah berumur tua lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan yang lebih muda. Ini adalah kondisi alamiah yang harus diterima. Pada saat umur bertambah, kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku, termasuk dengan pembuluh darah.

c. Keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga terkena stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat penyakit stroke.

2. Faktor yang dapat dirubah (*Reversibel*) :

a. Kelainan Jantung/penyakit jantung

Ada hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke, terjadinya gangguan atau kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah ke seluruh bagian tubuh lainnya, termasuk ke otak menjadi tidak normal. Dari hal ini bisa dipahami hubungan yang erat antara penyakit

jantung dan stroke.

b. Hipertensi

Peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.

c. Aneurisma pembuluh darah cerebral

Adanya penebalan pada satu tempat yang diikuti oleh penipisan di tempat lain mengakibatkan kelainan pada pembuluh darah.

d. Diabetes Mellitus (DM)

Terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan *microvaskuler* sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal inilah yang mengakibatkan penderita DM berpotensi mengalami stroke.

e. Peningkatan kolesterol (*lipid total*)

Menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi.

f. Obesitas

Berat badan seseorang yang berlebih mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak, karena pada seseorang yang obesitas dapat

terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol.

g. Rokok

Asap yang di hirup saat merokok akan menimbulkan *plaque* pada pembuluh darah oleh karena nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis.

h. Kurang aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah (pembuluh darah menjadi kaku), dalam hal ini salah satunya adalah pembuluh darah otak.

2.1.5 Manifestasi Klinis

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

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

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

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf

otonom dan gangguan saraf sensorik.

- 3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

- 4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

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

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

8) Inkontinensia

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

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

2.1.6 Komplikasi CVA

Komplikasi CVA menurut (Goldszmidt, 2011 dalam Tunik et al., 2022) yaitu :

1) Fase akut

a. 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.

b. Kejang

Kejang mempersulit 5-20% stroke.

c. Trombosis vena

Insiden thrombosis vena sangat tinggi selama masa pemulihan thrombosis vena dapat dicegah dengan ambulasi dini, terapi fisik di tempat tidur dengan bantuan stoking yang ketat atau berisi udara.

d. Depresi

Sindrom depresi dapat sulit dikenali pada pasien stroke. Depresi sebaiknya dipikirkan bila terdapat pemulihan yang lambat dari yang diharapkan. Kurangnya kooperatif saat

terapi, emosi labil atau efek datar merupakan bentuk munculnya depresi.

e. Hipertensi

Hipertensi bisa merupakan penyebab maupun akibat dari stroke.

f. Infark miokard akut

Miokard infark terjadi hingga 20% pasien stroke akut dan merupakan penyebab umum kematian pada 1-4 minggu. Kadar ketekolamin yang tinggi yang menyertai penyakit stroke dapat memicu terjadinya angina dan miokard infark.

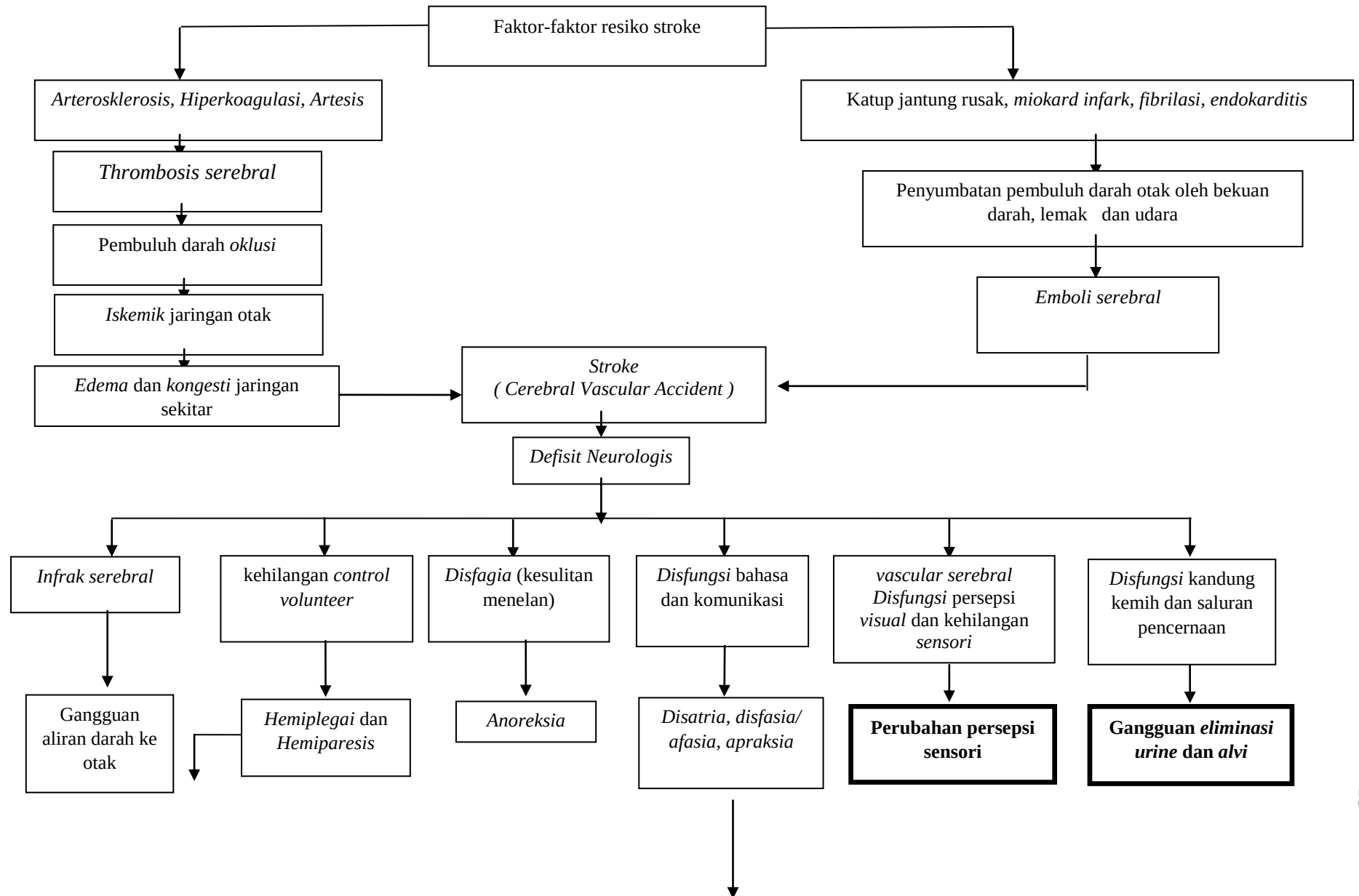
g. Sepsis

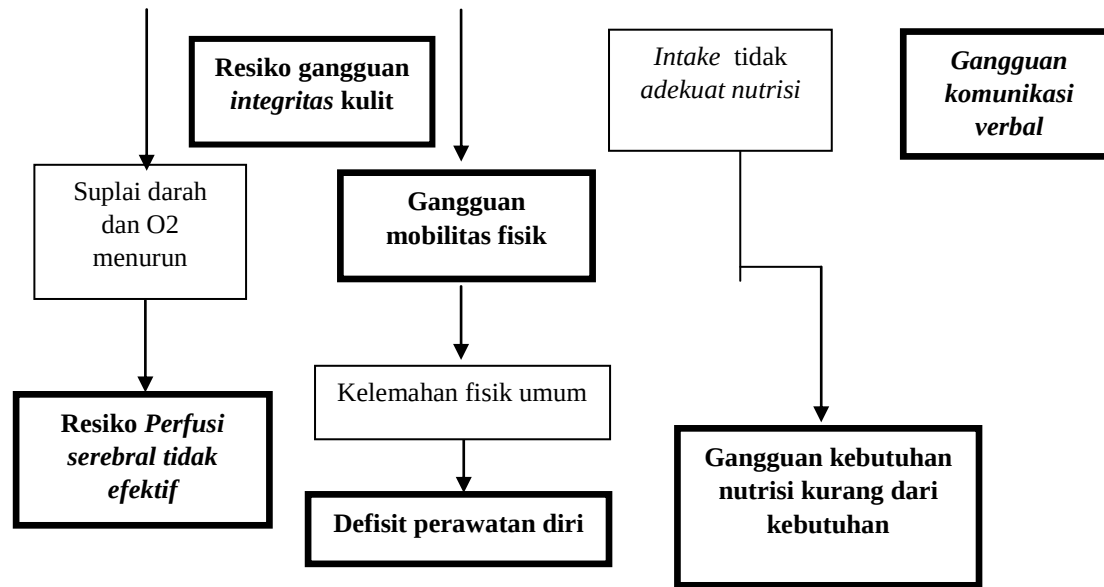
Serangan sepsis kebanyakan disebabkan oleh infeksi saluran kemih (pemasangan kateter yang lama, retensi urine) atau karena pneumonia.

h. Perdarahan saluran cerna

Kebanyakan serangan disebabkan oleh kerusakan mukosa gaster karena stress. Lesi dapat menyebabkan perforasi atau perdarahan saluran cerna.

2.1.7 Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi *Stroke* (Muttaqin, 2008)

Uraian Patofisiologi

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 *iskemik* dan CVA *Hemoragic*. Faktor terjadinya CVA *iskemik* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor terjadinya CVA *hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan 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 factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul resiko gangguan *perfusi jaringan serebral*. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang *foramen* di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah *ekstremitas* terjadi kehilangan control *volunter* atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat *lesi* pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan

pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah *deficit perawatan diri*, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living). Kelemahan control otot *fasial*/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia/afasia*, *disartria* (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi *verbal*. Kerusakan *neurologis* juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan *perubahan persepsi sensori*. Pada saluran pencernaan atas 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 sfingter* sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine. (Muttaqin, 2008)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), yaitu :

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

2.1.9 Penatalaksanaan

Nurarif dan Kusuma (2015), menyatakan penatalaksanaan pada stroke meliputi:

a. Stadium hiperakut

Pada stadium ini, dilakukan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah termasuk elektrolit, jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di instalasi rawat darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

b. Stadium akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologik maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara, dan psikologis serta sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

c. Stadium subakut

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan bladder training (termasuk terapi fifik). Mengingat perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke dirumah sakit dengan

tujuan kemandirian pasien, mengerti dan melaksanakan program preventif primer dan skunder. Terapi subakut antara lain:

- 1) Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya
- 2) Penatalaksanaan komplikasi
- 3) Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
- 4) Preventif skunder

Edukasi keluarga dan Discharge Planning

Adapun farmakoterapi yang dapat diberikan adalah:

- a. Diuretika merupakan golongan obat yang berfungsi untuk mengeluarkan cairan dari tubuh. Pada kasus CVA pemberian diuretik bertujuan untuk menurunkan edema serebral.
- b. Anti koagulan: Anti koagulan adalah obat yang mencegah pembekuan darah. Pembekuan darah dapat berupa trhombus dan emboli. Pemberian obat anti koagulan pada kasus CVA bertujuan untuk mencegah pemberatnya trombosis dan embolisasi.
- c. Kortikosteroid merupakan obat yang berperan dalam mencegah proses inflamasi. Kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi pembekakan dan peningkatan tekanan dalam otot.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang di hadapi klien.

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara sistematis. Menurut Semachew, (2018) Proses keperawatan mencakup lima langkah : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis, mulai dari pengumpulan data, identifikasi dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et.al.*, 2022). Pengkajian secara umum pada klien yang mengalami CVA antara lain:

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

b. Keluhan utama

Umumnya penderita datang ke rumah sakit dengan keluhan kelemahan anggota gerak satu sisi tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi atau penurunan tingkat kesadaran (Tunik *et. al.*, 2022).

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya terjadi sangat mendadak pada saat klien sedang beraktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan terjadi kejang hingga tidak sadar. Selain gejala kelumpuhan separuh tubuh atau gangguan fungsi otak yang lainnya (Tunik *et.al.*, 2022).

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran yang disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku umum terjadi. Sesuai pada perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma (Tunik *et.al.*, 2022).

d. Riwayat penyakit dahulu

Lakukan pengkajian terhadap riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kecemasan. Adanya riwayat merokok, mengonsumsi alkohol dan obat kontrasepsi oral (Tunik *et.al.*, 2022).

e. Riwayat penyakit keluarga

Umumnya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2011 dalam Tunik *et.al.*, 2022).

f. Riwayat psikososio spiritual

Lakukan pengkajian terhadap kemampuan dan kemauan penderita untuk melakukan aktivitas spiritual selama sakit (Tunik *et.al.*, 2022).

g. Pola interaksi dan komunikasi

Penderita stroke yang mengalami pelo dan cedal akan mengalami hambatan dalam berkomunikasi, menyampaikan pesan atau menerima pesan dari orang lain (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et.al.*, 2022).

h. Konsep diri

Pengkajian konsep diri dilakukan lengkap pada penderita stroke, yang meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas diri. Perubahan peran, perubahan status kesehatan, perubahan kemampuan melakukan aktivitas sering mengubah konsep diri pasien stroke. Perasaan tidak berharga dalam keluarga akibat sakit, sering mengikuti gejala yang dialami penderita stroke (Tunik *et.al.*, 2022).

i. Pola hubungan dan peran

Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran dalam peran perhubungan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

j. Pola persepsi dan konsep diri

Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

k. Pola aktivitas dan latihan

Terdapat kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, mudah lelah saat beristirahat (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

l. Pola tidur dan istirahat

Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot beristirahat (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

m. Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

n. Pola makan

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

o. Pola personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene (Tunik *et.al.*, 2022).

p. Pola Sensori dan kognitif

Terdapat gangguan penglihatan/ kekaburan pandang, sentuhan/ perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti, 2022).

q. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien tergantung pada gejala tingkat kesadaran yang dialami oleh penderita (Tunik *et. al.*, 2022).

2) Tanda vital

Penderita stroke yang memiliki tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan tekanan darah kurang lebih 180/80 mmhg, frekuensi nadi normal, suhu dalam batas normal. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama (Tunik *et. al.*, 2022).

3) Pemeriksaan Kepala dan Wajah

a) Kepala

Bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan, abnormal, dan hematoma yang dapat

diindikasikan adanya trauma kepala. Nyeri tekan juga bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

b) Wajah

Periksa hemiparesis/hemiplegia pada wajah, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat. Pada Palpasi umumnya tidak terdapat nyeri tekan (.Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

c) Telinga

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022) :

Inspeksi : kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak

Palpasi : terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak

d) Mata

Periksa konjungtiva, bisa berwarna pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran Papiledema akibat peningkatan tekanan intrakranial yang mendesak tekanan intraokuler, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI

sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit
(Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

e) Hidung

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022) :

Inspeksi : kesimetrisan hidung, adanya sekret, adanya polip, adanya lesi, adanya cuping hidung, terpasang selang oksigen 2 liter/tidak

Palpasi : terdapat neyri tekan dan polip / tidak

f) Mulut dan faring

Periksa mulut akan munculnya mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis, ketidakmampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distatria, afasia (Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

g) Pemeriksaan leher

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022) :

Inspeksi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya edema, lesi atau tidak, penarikan otot bantu nafas atau tidak

Palpasi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya

nyeri tekan atau tidak.

h) Pemeriksaan dada / thorax

1. Inspeksi : Pada sistem pernapasan pernapasan tidak ada kelainan, klien dengan tingkat kesadaran Composmentis. Pada pemeriksaan jantung biasanya ictus cordis tidak terlihat.
2. Palpasi : Didapatkan tatil vrementus seimbang kanan dan kiri. Pada pemeriksaan jantung teraba ictus cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra.
3. Perkusi : Pada pemeriksaan paru adalah suara sonor, pada pemeriksaan jantung suara pekak.
4. Auskultasi : Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronkhi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat. Pada pemeriksaan jantung tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

i) Pemeriksaan abdomen

Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022) :

Inspeksi : kesimetrisan abdomen, keadaan abdomen
(lesi dan edema)

Auskultasi : terdengar bising usus normal atau tidak

Perkusi : terdengar suara tympani

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran

j) Pemeriksaan integumen

Penderita yang mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien harus bedrest selama 2-3 minggu (Ginting, 2015 dalam Tunik *et. al.*, 2022).

k) Pemeriksaan ekstremitas

85% penderita stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas (Tunik *et. al.*, 2022).

l) Pemeriksaan genetalia dan anus

Terkadang klien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et. al.*, 2022).

m) Pemeriksaan neurologis

1. Nervus I (Olfaktorius): terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda (Tunik *et. al.*, 2022).

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 (Tunik *et. al.*, 2022).
3. Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata (Tunik *et. al.*, 2022).
4. Nervus IV (Trochlearis) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah (Tunik *et. al.*, 2022).
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 (Tunik *et. al.*, 2022).
6. Nervus VI (Abducens) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri (Tunik *et. al.*, 2022).

7. Nervus VII (Facialis) : klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum (Tunik *et. al.*, 2022).
 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 (Tunik *et. al.*, 2022).
 9. Nervus IX (Glosofaringeus) : klien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan (Tunik *et. al.*, 2022).
 10. Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran menelan ludah dan makanan (Tunik *et. al.*, 2022).
 11. Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat (Tunik *et. al.*, 2022).
 12. Nervus XII (Hiploglosus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara (Tunik *et. al.*, 2022).
- n) Pemeriksaan motorik : hampir sering terjadi kelemahan pada salah satu sisi tubuh / kelumpuhan (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022).

o) Pemeriksaan sensorik : dapat terjadi hemihespestesi
(Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022).

p) Tes diagnostik

- 1) Hasil rontgen kepala dan medulla
- 2) *Electro encephalografi*
- 3) Lumbal pungsi
- 4) *Computerized Tomografi Scaning* (CT-Scan)
- 5) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)
- 6) Pemeriksaan laboratorium darah.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada klien dengan CVA dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017).

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Penyebab:

- a) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial

- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hipertensi
- p) Hiperkolesteronemia
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik

y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi bypass)

2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

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

Penyebab:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan

- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori presepsi

Data Subyektif: Pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

3. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Penyebab:

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan Penghiduan
- d) Gangguan Perabaan

- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, pengecapan, penciuman,	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor

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

4. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler

- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik
- g) Hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartia. 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

5. 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 mengabsorpsi nutrisi
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

6. Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologi dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7. Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urine

Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostic
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- j) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih (urgensi) 2. Urin menetes (dribbling) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Enuresis	1. distensi kandung kemih 2. berkemih tidak tuntas (hesitancy) 3. volume residu urin meningkat

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Suwignjo et al., 2022). Perencanaan ini dilakukan guna mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan (Juniarti et al., 2020).

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2017), intervensi dari diagnosa CVA diatas adalah:

No.	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Sakit kepala menurun 3) Gelisah menurun 4) Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/ MAP) membaik 5) Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (mean arterial pressure) 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan 6) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 7) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8) Berikan posisi semi fowler 9) Hindari manuver valsava 10) Cegah terjadinya kejang 11) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 14) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	1) deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tandatanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2) Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3) Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan perfusi rata-rata dari peredaran darah sistemik untuk menjamin perfusi otak, perfusi arteri koronaria dan perfusi ginjal tetap terjaga 4) pemantauan sesak napas atau henti napas 5) untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik 6) untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala 7) agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 8) memberikan posisi nyaman bagi klien 9) bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK, manuver vaisava dilakukan bila telinga berdenging

				10) kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock 11) suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal 12) Sebagai terapi anti kejang 13) Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung 14) Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
2	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3) Mempertahankan lingkungan yang nyaman Terapeutik 4) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 5) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 7) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda,	1) Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2) Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya. 3) Untuk mengetahui kondisi Kesehatan klien 4) Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien. 5) Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 6) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien 7) Untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana.

			berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
3	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2) Distorsi sensori menurun 3) Perilaku halusinasi menurun 4) Respons sesuai stimulus membaik	Minimalisasi Rangsangan (I.08241) Observasi 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik 2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 3) Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 4) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 5) Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi 6) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi 7) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	1) Untuk mengetahui status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan pasien 2) Untuk mengetahui tingkat toleransi terhadap beban sensori 3) mempertahankan stimulus lingkungan yang normal untuk siang-malam hari 4) Agar aktivitas dan waktu istirahat pasien terjadwal 5) Untuk mengetahui prosedur dan tindakan dalam satu waktu 6) Agar pasien mengetahui cara meminimalisasi stimulus 7) Membantu proses penyembuhan
4	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan berbicara meningkat 2) Kesesuaian ekspresi	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) Observasi 1) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan	1) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 2) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3) Sebagai bentuk dukungan dan

		wajah/tubuh meningkat	Bahasa) 2) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien 4) Berikan dukungan psikologis 5) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 6) Anjurkan berbicara perlahan 7) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	memperbaiki kesalahan 4) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri pasien 5) Untuk mempermudah komunikasi 6) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 7) Agar pasien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar 8) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
5	Resiko gangguan nutrisi (D.0032)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Berat badan membaik 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi makanan yang disukai 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4) Monitor asupan makanan 5) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 6) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7) Berikan suplemen makanan, jika perlu 8) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika	1) Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan pasien 4) Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien 5) Untuk mengetahui ada tidaknya kelainan dalam hasil laboratorium 6) Untuk menambah nafsumakan pasien 7) Untuk menambah stamina pasien 8) Untuk menghindari adanya ketergantungan pasien pada perawat

			asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 9) Ajarkan posisi duduk, jika mampu 10) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	9) Untuk memudahkan pasien makan 10) Agar pasien memahami diet yang sedang dijalani saat ini 11) Untuk menentukan asupan kalori yang diperlukan dan untuk mempertahankan berat badan yang sudah ditentukan
6	Defisit perawatan diri (D.0109)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6) Minat melakukan perawatan diri meningkat	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 melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai	1) Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk memonitor tingkat kemandirian 3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4) Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5) Menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6) Untuk menghindari hal yang tidak diinginkan saat melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Memfasilitasi kemandirian pasien bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8) Menentukan jadwal rutinitas perawatan diri pasien 9) Untuk melatih kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri

			kemampuan	
7	Gangguan eliminasi urine (D.0040)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam maka eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi saluran kemih	Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (I.11349) Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2) Monitor integritas kulit klien Terapeutik : 3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 4) Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/u rinal secara konsisten 5) Jaga privasi selama eliminasi 6) Ganti pakaian klien setelah eliminasi, jika perlu 7) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 8) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 9) Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi : 10) Anjurkan BAK/BAB secara rutin 11) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu	1) Untuk mengetahui kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2) Untuk mengetahui adanya integritas kulit 3) Untuk memudahkan klien eliminasi 4) Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot /urinal secara teratus 5) Menjaga privasi klien 6) Mengganti pakaian klien 7) Membersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 8) Melatih BAK/BAB, jika perlu 9) Menyediakan alat bantu seperti kateter eksternal, urinal, jika perlu 10) Menganjurkan klien BAK/BAB secara rutin 11) Menganjurkan klien ke kamar mandi/toilet, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

b. Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022).

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

evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning). Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut:

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penilaian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu (Sugiyono, 2010). Metode penelitian ini meliputi desain penelitian, batasan istilah, lokasi dan waktu penelitian, partisipan, pengumpulan data, keabsahan data, analisa data, dan etika penelitian.

3.1 Desain 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. Metode penelitian Kualitatif merupakan penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, karena digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara purposive dan snowball, teknik pengumpulan dengan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif / kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2011). Rancangan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus ini bertujuan untuk dapat mengetahui gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyeluruh.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Asuhan keperawatan pada klien dengan CVA yaitu rangkaian praktik keperawatan dari proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada pasien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia berpegang pada standar keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara komprehensif selama pasien dirawat. CVA adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah kebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparalisis pada penderita stroke (Hendri Heriyanto, 2015). Batasan istilah pada penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus ini adalah asuhan keperawatan *Cerebro Vascular Accident (CVA) iskemik* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta yang diberikan secara langsung kepada klien CVA iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan subjek yang dilibatkan dalam kegiatan mental dan emosi secara fisik sebagai peserta dalam memberikan respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam proses belajar-mengajar serta mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya (Fadliyati, R,

2015). Jumlah partisipan dalam penelitian deskriptif ini berjumlah 1 pasien. Kriteria penelitian ini adalah 1 pasien dengan diagnosa medis yaitu klien CVA (*Cerebral Vascular Accident*) iskemik tanpa penyakit penyerta, klien kooperatif, klien dengan keadaan kesadaran penuh (*composmentis*), bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan, klien yang diperkirakan mendapat perawatan selama 3 hari di Rumah Sakit.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi dan waktu penelitian sebagai berikut :

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan studi kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 10 Februari - 12 April 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan / Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Metode pengambilan data yang digunakan yaitu dengan cara wawancara, observasi langsung, dan studi dokumentasi. Hal ini sesuai dengan pendapat (Sugiyono, 2014), bahwa dalam penelitian kualitatif teknik pengumpulan data yang utama adalah observasi partisipan,

wawancara mendalam, study dokumentasi, dan gabungan ketiganya. Dalam penelitian ini metode pengumpulan data dilakukan pada kondisi yang alamiah, sumber data primer, dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi dan wawancara mendalam. Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Peneliti memperoleh data primer dari wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder diperoleh dari pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

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

1. Tahap persiapan

- a) Mengurus ijin penelitian dan meminta surat pengantar kepada Kepala Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek. Kemudian peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/126/2025 yang di tujukan pada Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek perihal ijin melaksanakan penelitian (studi kasus).
- b) Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek nomor 400.7.22.1/190/406.010.001/18.00/2025 yang menyatakan

tidak keberatan perihal ijin melaksanakan penelitian dan surat yang ditujukan kepada Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.

- c) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan *CI (clinical instructure)* ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2. Tahap Kontrak

Dilakukan tindakan preorientasi yaitu memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan pada klien. Setelah klien mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan, kemudian peneliti melakukan *inform consent* berkaitan dengan meminta kesediaan klien untuk menjadi partisipan dalam penelitian secara sukarela tanpa keterpaksaan. Setelah klien menyatakan kesediaannya menjadi partisipan dalam penelitian maka peneliti harus meminta bukti kesediaan klien secara tertulis dengan menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian.

3. Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara

yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan dimulai dari pengkajian yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan klien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik. Setelah melakukan pengkajian maka selanjutnya dilakukan perumusan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana tindakan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, dan melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

4. Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri proses asuhan keperawatan dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti kepada klien, setelah klien memenuhi kriteria keberhasilan peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada klien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif menurut Sugiyono (2016) meliputi uji kredibilitas, uji transferability, uji dependability, dan uji confirmability.

3.6.1 *Credibility*

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

3.6.2 *Transferability*

Transferability adalah sejauh mana hasil dari penelitian studi kasus pada suatu subjek 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 dijasikan sebagai perbandingan oleh penulis lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 *Dependability*

Dependability adalah kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan metode studi kasus.

3.6.4 *Confirmability*

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jikamendapatkan persetujuan dari pihak pihak lain terhadap

pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing satu, dua dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisis data pada penelitian deskriptif kualitatif merupakan masalah yang paling kritis, serius, dan memerlukan kerja keras kesepahaman bersama. Hal ini terjadi karena belum adanya pola, metode formula yang jelas serta variasi data yang sangat tinggi. Prinsip yang harus dipegang dalam analisis penelitian yang merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta, kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain (Sugiyono, 2014).

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Merupakan cara persetujuan antara penulis dengan subjek penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*).

Informed consent diberikan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Sebelum penelitian, penulis menjelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian serta meminta persetujuan partisipan untuk menjadi subjek penelitian. Partisipan yang telah diberi penjelasan menyatakan setuju untuk menjadi subjek penelitian dan menandatangani lembar informed consent.

3.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti cukup mencantumkan nama dengan inisial, tidak mencantumkan nama lengkap pada narasi laporan hasil penelitian.

3.8.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin oleh penulis, lembar persetujuan yang tertera nama lengkap subjek dan telah ditandatangani oleh subjek tidak dicantumkan dalam karya tulis ilmiah ini. Hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan pada hasil karya tulis ilmiah. Data-data yang disajikan akan dijaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan dalam penelitian.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

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

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit ini beralamat di Jln. dr. Soetomo No. 2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek. Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. “S” dengan CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 25 Maret 2025 sampai 27 Maret 2025. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang dikhususkan memberikan perawatan untuk klien yang mengalami CVA. Di Ruang Unit Stroke terdapat 15 perawat, 1 administrasi, 3 cleaning servise. Di Ruang Unit Stroke kapasitas tempat tidur ada 22 bed. Jumlah kelas I ada 6 bed, kelas II ada 2 bed, kelas III ada 12 bed, dan HCU ada 2 bed. Ruang Unit

Stroke memiliki beberapa ruangan meliputi : 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan dan 9 kamar pasien.

4.1.2 Identitas Umum

Tabel 4. 1 Identitas Umum

1) Pengkajian	
Nama	Tn. S
Jenis Kelamin	Laki-laki
Umur	73 Tahun
Suku/Bangsa	Jawa / Indonesia
Agama	Islam
Pendidikan Terakhir	SD
Pekerjaan	Wiraswasta
Alamat	Rt 7 Rw 3, Sukosari, Trenggalek
Status Perkawinan	Menikah
Tgl Masuk/Jam Masuk	24 Maret 2025 jam 12.30 WIB
Ruang/Kelas	Unit Stroke / III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	25 Maret 2025 jam 10.00 WIB
Diagnosa Keperawatan	CVA Infark

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan lemas dan berat untuk digerakkan, klien merasa pusing.
	Saat pengkajian : Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing, tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan.
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan pada hari Senin tanggal 24 Maret 2025 sekitar pukul 09.00 WIB pagi setelah bersih-bersih rumah bersama anaknya, klien

merasa lemas kemudian klien duduk sebentar dengan putranya. Lalu, beberapa menit kemudian ketika klien mau berdiri kaki dan tangan sebelah kanan lemas untuk digerakkan. Lalu pukul 09.50 WIB klien dibawa ke IGD oleh anaknya. Setelah mendapatkan perawatan di IGD, klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada tanggal 24 Maret 2025 pukul 12.30 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 25 Maret 2025 Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing, tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan.

P : Klien mengatakan pusing

Q : Klien mengatakan pusing seperti cunut-cunut

R : Klien mengatakan pusing di kepala

S : Skala nyeri 3

T : Klien mengatakan pusing hilang timbul

Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat stroke 8 bulan yang lalu.

Klien mengatakan mempunyai riwayat tensi tinggi sejak ½ tahun yang lalu.

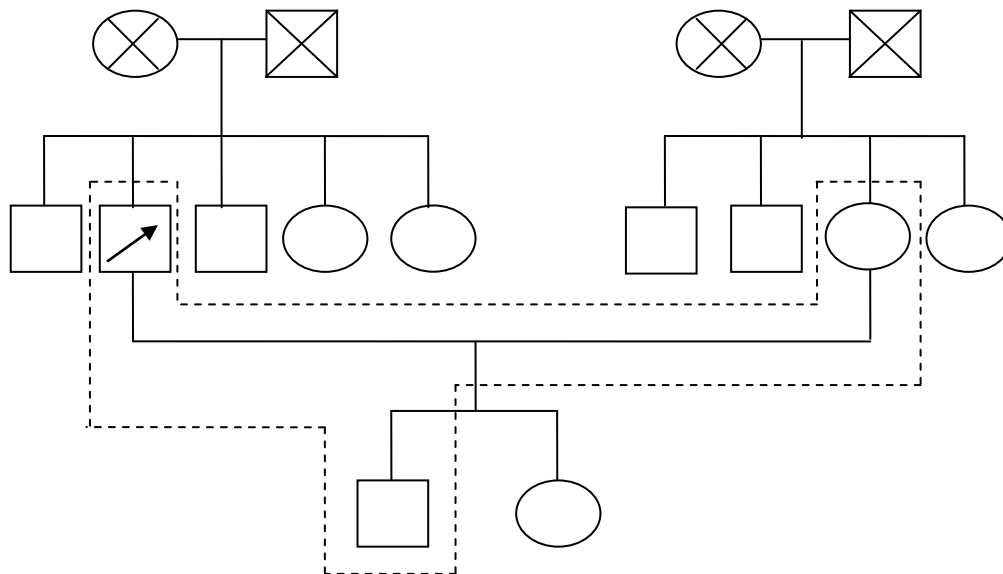
Klien mengatakan rutin kontrol dan minum obat dari dokter spesialis syaraf dan di poli syaraf.

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat merokok dan mengkonsumsi alkohol.

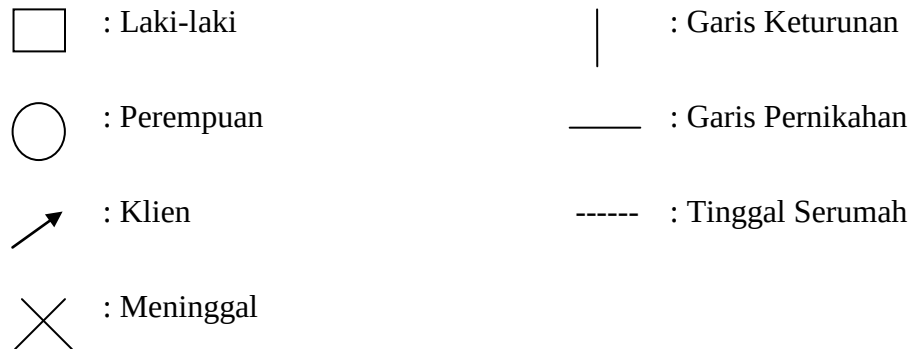
Riwayat Keluarga

Klien mengatakan ibunya mempunyai riwayat stroke.

Genogram :



Keterangan :



3) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Di Rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum	Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang dan malam, dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan	Klien mengatakan selama di rumah sakit makan 3x sehari pagi, siang dan sore yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan hanya menghabiskan 2/3 porsi makanan yang diberikan. Klien dibantu keluarga saat makan melalui oral. Klien diberikan diet rendah garam dan rendah kolesterol.
	Minum	Klien mengatakan minum sehabis makan dan saat haus kurang lebih 5-6 gelas dalam 24 jam., kurang lebih 1500 cc / 24 jam.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih sebanyak kurang lebih 600 ml /24 jam (1 botol aqua sedang).
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, bau khas feses.	Klien mengatakan BAB 1x sejak kemarin masuk sampai saat pengkajian dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses.
	BAK	Klien mengatakan BAK 4-5 x/ hari, dengan warna kuning jernih, dan bau khas urine.	Klien mengatakan selama di rumah sakit BAK 3-4 x/ hari dengan warna kekuning-kuningan dan bau khas urine. Klien BAK menggunakan pispot dibantu oleh keluarga.

3. Pola Istirahat/Tidur	Klien mengatakan tidur malam jam 21.00 WIB dan bangun pagi jam 04.00 WIB.	Klien mengatakan selama di rumah sakit sering terbangun saat tidur dimalam hari karena kepala sedikit pusing. Klien mengatakan tidur malam jam 22.00 WIB dan bangun pagi jam 04.00 WIB.
4. Kebersihan Diri	Klien mengatakan mandi 2x sehari, menggosok gigi 2x sehari, dan keramas seminggu 2x dengan shampo.	Klien mengatakan selama di RS hanya disibin 2x sehari pagi dan sore dan mengganti baju dibantu oleh keluarga. Klien mengatakan selama di rumah sakit belum sikat gigi hanya berkumur dengan air putih setelah makan.

4) Riwayat Psikososial

A. Konsep Diri

Tabel 4. 4 Konsep Diri

Citra diri	Klien mengatakn dirinya merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini. Klien hanya berserah diri untuk diberikan kesembuhan.
Ideal diri	Klien mengatakan tetap optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini da bisa segera pulang dan beraktifitas seperti biasanya.
Harga diri	Klien mengatakan tidak malu dan mensyukuri dengan keadaannya dengan kondisi sekarang
Peran	Klien berperan sebagai kepala rumah tangga, suami, ayah dan kakek
Identitas diri	Klien bernama TN. S berusia 73 tahun, jenis kelamin laki-laki, sebagai kepala rumah tangga, suami, ayah dan kakek, beliau bekerja sebagai wirausaha dan tinggal di Sukosari, Trenggalek.

B. Pola Peran Hubungan Dengan Orang lain

Klien mengatakan berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain, ketika diajak berkomunikasi klien mampu merespon sesuai pertanyaan yang diberikan.

C. Pola Seksual

Klien merupakan seorang kepala rumah tangga, suami, ayah dari 2 anak dan kakek dari 4 cucu.

D. Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita dengan istri dan anaknya untuk mencari jalan keluar.

E. Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Tabel 4. 5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu, dan tempat dengan baik
Bahasa Yang Digunakan	Klien menggunakan bahasa jawa
Kemampuan Bicara	Klien tidak mengalami kesulitan berkomunikasi, klien bisa menjawab sedikit demi sedikit.
Kemampuan Membaca	Klien dapat membaca tulisan dengan jelas
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien masih baik masih bisa mendengarkan suara dengan jelas, klien tidak menggunakan alat bantu dengar.
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya.
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakit timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

F. Pola Kenyakinan dan Nilai

Klien beragama Islam, sebelum sakit klien tertib sholat 5 waktu dan mengikuti kegiatan keagamaan seperti yasinan. Saat di rawat dirumah sakit klien hanya berdoa kepada Allah SWT agar segera diberikan kesembuhan.

5) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien
Keadaan Umum	Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah, terpasang infus NaCl 14 tpm ditangan kiri.
Tanda-Tanda Vital	TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36,5 °C RR: 20x/menit SPO2: 97%
Pemeriksaan Kepala dan Leher Kepala dan rambut	Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, tidak terjadi alopesia, rambut bersih dan tidak bau warna rambut putih. Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
Mata	Simetris kanan dan kiri, pupil mengecil ketika terkena cahaya (miosis) dan pupil besarnya sama antara kanan dan kiri (iskor), konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih. Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pandangan tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata kearah atas dan bawah serta ke kanan dan ke kiri.
Telinga	Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, Tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada pendengaran tinnitus (berdenging). Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat polip di telinga.
Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, tidak ada nyeri pada hidung, mampu membedakan bau.
Mulut	Bibir simetris, bibir kering, tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi banyak yang ompong, tidak mengalami kesulitan menelan.
Muka	Wajah oval, tidak pucat, simetris kanan dan kiri, ketika mengerutkan dahi kerutan kanan kiri sama
Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi Palpasi : Turgor kulit kembali < 2 detik, akral hangat, CRT < 2 detik, suhu tubuh 36,5°C
Pemeriksaan dada/thorax Pemeriksaan Paru-Paru	Inspeksi : Bentuk dada normal chest, pernapasan reguler Palpasi : Vocal Fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : Suara paru sonor Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan

Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5 di midclavicula sinistra Perkusi : Suara jantung pekak Auskultasi : Bunyi jantung lup dup																					
Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : Payudara simetris kanan dan kiri (datar), aerola berwarna kecoklatan Palpasi : Tidak teraba adanya benjolan																					
Abdomen	Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak ada luka Auskultasi : Bising usus 8x/menit Perkusi : Terdengar suara Tympani Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa perut, tidak ada pembesaran hepar.																					
Genetelia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/inkontinensia urine																					
Ekstremitas	Terdapat infus PZ 14 tpm ditangan kiri, ekstremitas dextra lemah, kekuatan otot: Dextra Sinistra <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 3 : gerakan otot penuh, melawan gravitasi dengan topangan	3	5	3	5																	
3	5																					
3	5																					
Pemeriksaan Neurologis	Reflek Fisiologis : <table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr></table> Reflek Patologis : <table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr><tr><td>Chaddock</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr></table>		Dextra	Sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)		Dextra	Sinistra	Babinski	(+)	(-)	Chaddock	(+)	(-)
	Dextra	Sinistra																				
Trisep	(-)	(+)																				
Bisep	(-)	(+)																				
Patella	(-)	(+)																				
	Dextra	Sinistra																				
Babinski	(+)	(-)																				
Chaddock	(+)	(-)																				
Kemampuan Sensorik	Sensasi nyeri (+) Sensasi Panas dan dingin (+) Penciuman (+)																					
Kemampuan motoric	Hemiparesis pada bagian kanan																					
Nervus Cranialis	1) Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau minyak kayu putih. 2) Opticus : Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, Klien mampu melihat tanpa alat bantu 3) Okulomotorius : Pergerakan bola mata sama, pandangan tidak kabur, pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya). 4) Trochlearis : Klien dapat menggerakkan bola mata																					

	keatas dan kebawah.
5)	Trigeminus : Klien mampu mengedipkan mata, tidak ada kelemahan pada otot-otot mata (sentuhan pada sekitar mata)
6)	Abdusen : Klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.
7)	Fasialis : Wajah simetris, ketika tersenyum bibir simetris, tidak ada kelemahan pada wajah klien, kerutan pada dahi simetris kanan dan kiri.
8)	Vestibulococlearis : Klien mampu mendengar dengan baik, ketika diajak berbicara mampu menjawab sesuai pertanyaan.
9)	Glossofaringeus : Klien mampu membedakan rasa makanan dan menyebutkan rasa makanan manis dan asin.
10)	Vagus : Klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan.
11)	Aksesorius : Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri.
12)	Hipoglossus : Klien mampu menjulurkan lidah.

6) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Lengkap / 24 Maret 2025

Tabel 4. 7 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	13.5	g/dL	13.5 – 18.0
Eritrosit	6.5	$10^3/uL$	4.0 – 10.5
Trombosit	247	$10^3/uL$	150 – 450
Hematokrit	L 40.7	%	42.0 – 51.0
Eritrosit	4.42	juta/uL	3.50 – 4.76
- MCV	92.1	fl	78.0 – 100.0
- MCH	L 30.5	pg	31.0 – 37.0
- MCHC	L 33.1	g/dL	37.0 – 54.0
RDW-SD	39.5	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	11.9	%	11.0 – 16.0
PDW	15.7	fL	9.0 – 17.0
MPV	9.7	fL	8.0 -11.0
Hitung Jenis (DIFF):			
- Basofil#	0.0	$10^3/uL$	< 0.1
- Eosinofil#	0.4	$10^3/uL$	< 0.7
- Neutrofil#	4.7	$10^3/uL$	1.5 – 6.6
- Limfosit#	L 1.1	$10^3/uL$	1.5 – 3.5
- Monosit#	0.4	$10^3/uL$	< 1.0
GULA DARAH			
Glukosa Darah	161	mg/dL	<180
FAAL GINJAL			
Ureum	H 85.7	mg/dL	15.0 – 45.0

Creatinin	H	2.8	mg/dL	0.9 – 1.3
eGFR		23		
FAAL HATI				
SGOT		11.2	U/L	10.0 – 40.0
SGPT		11.1	U/L	10.0 – 55.0

Pemeriksaan Darah Lengkap 25 Maret 2025

Pemeriksaan		Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
PROFIL LIPID				
Kolesterol Total	H	242.8	mg/dL	140 – 200
Trigliserida	H	165.9	mg/dL	40 – 150
HDL Kolesterol	L	36.6	mg/dL	High $\geq$ 60
				Low $<$ 40
HDL	H	117.1	mg/dL	Optimal $<$ 100
FAAL HATI				
Asam Urat		6.0	mg/dL	3.5 – 7.2

b. Hasil CT Scan Kepala 24 Maret 2025

Telah dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala Tanpa Kontras pada pasien diatas dengan hasil sebagai berikut :

Tn. S

Pemeriksaan MSCT Kepala Irisan axial reformatted coronal dan sagital tanpa kontras :

- Tampak lesi hipodense sebagian batas tidak tegas di subcortex xorona radiata kiri
- Sulci mulai lebar dan dalam
- Sistem ventrikel dan cysterna normal
- Pons dan cerebellum normal
- Tak tampak kalsifikasi abnormal
- Tak tampak deviasi midline

- Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan
- Calvaria normal
- Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik

Kesan :

- Acute to subacute infark di subcortex corona radiata kiri
- Mild brain atrofi

c. Hasil Thorax PA/AP 24 Maret 2025

1. Elongasi disertai aortosklerosis
2. Suspek Bronchitis DD/Pneumonia
3. Suspek Retensi sekret kanan DD/Lesi vascular pulmonalis
4. Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
5. Diaphragma, costae dan soft tissue normal

Kesimpulan :

1. Elongasi disertai aortosklerosis
2. Suspek Bronchitis DD/Pneumonia
3. Suspek Retensi sekret kanan DD/Lesi vascular pulmonalis

d. Hasil ECG 24 Maret 2025

Vent. Rate	86 bpm	Sinus rhythm
PR Interval	166 ms	---Interpretation made without knowing patient's gender/age---
QRS Duration	94 ms	
QT/QTc Interval	338/384 ms	
P/QRS/T Axes	-9/13/13 deg	Normal ECG

e. Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4. 8 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi	Rute
24 Maret 2025	Infus Nacl 0,9 % 500 ml / 24 jam	Intravena
	Injeksi citicolin 2 x 500 mg	Intravena
25 Maret 2025	Infus Nacl 0,9 % 500 ml / 24 jam	Intravena
	Injeksi citicolin 2 x 500 mg	Intravena
	CPG 1x1 tablet	Oral
26 Maret 2025	Infus Nacl 0,9 % 500 ml / 24 jam	Intravena
	Injeksi citicolin 2 x 500 mg	Intravena
	CPG 1x1 tablet	Oral
27 Maret 2025	Infus Nacl 0,9 % 500 ml / 24 jam	Intravena
	Injeksi citicolin 2 x 500 mg IV	Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 9 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi								
1.	Ds : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing P : Klien mengatakan pusing Q : Klien mengatakan pusing seperti cenut-cenut R : Klien mengatakan pusing di kepala S : Skala nyeri 3 T : Klien mengatakan pusing hilang timbul Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) CRT < 2 detik 5) Akral hangat 6) TTV: TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36, 5°C RR: 20x/menit SPO2: 97% 7) Hasil CT Scan Kesimpulan: - Acute to subacute infark di subcortex corona radiata kiri - Mild brain atrofi	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Tekanan darah tinggi								
2.	Ds : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan. Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) Mengalami keterbatasan gerak 5) ADL dibantu keluarga : • Makan dibantu keluarga melalui oral • BAK menggunakan pispot • Personal hygiene : disibin 2x sehari pagi dan sore, digantikan baju oleh keluarga. 6) Kekuatan otot <table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Dextra	Sinistra	3	5			3	5	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
Dextra	Sinistra										
3	5										
3	5										

	7) Reflek Fisiologis :		
	Dextra Sinistra		
	Trisep (-) (+)		
	Bisep (-) (+)		
	Patella (-) (+)		
	- Reflek Patologis :		
	Dextra Sinistra		
	Babinski (+) (-)		
	Chaddock (+) (-)		

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	25 Maret 2025	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi ditandai dengan Ds : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing P : Klien mengatakan pusing Q : Klien mengatakan pusing seperti cenut-cenut R : Klien mengatakan pusing di kepala S : Skala nyeri 3 T : Klien mengatakan pusing hilang timbul Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) CRT < 2 detik 5) Akral hangat 6) TTV: TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36, 5°C RR: 20x/menit SPO2: 97% 7) Hasil CT Scan Kesimpulan: - Acute to subacute infark di subcortex corona radiata kiri - Mild brain atrofi		
2.	25 Maret 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan. Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) Mengalami keterbatasan gerak 5) ADL dibantu keluarga : - Makan dibantu keluarga melalui oral - BAK menggunakan pispot - Personal hygiene : disibin 2x sehari pagi dan sore, digantikan baju oleh keluarga. 6) Kekuatan otot Dextra Sinistra 3 5 3 5		

		7) Reflek Fisiologis :		
		Dextra Sinistra		
		Trisep (-) (+)		
		Bisep (-) (+)		
		Patella (-) (+)		
		- Reflek Patologis :		
		Dextra Sinistra		
		Babinski (+) (-)		
		Chaddock (+) (-)		

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
1.	25 Maret 2025	D. 0017 Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi	L.02014 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure / MAP) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari manuver valsava 10. Cegah terjadinya kejang 11. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu	1. Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tandatanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2. Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3. Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan perfusi rata-rata dari peredaran darah sistemik untuk menjamin perfusi otak, perfusi arteri koronaria dan perfusi ginjal tetap terjaga 4. Pemantauan sesak napas atau henti napas 5. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik 6. Untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala 7. Agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 8. Memberikan posisi nyaman bagi klien

				13. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 14. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	9. Bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat meningkatkan TIK, manuver vaisava dilakukan bila telinga berdenging 10. Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock 11. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal 12. Sebagai terapi anti kejang 13. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaritas darah dan jantung 14. Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
2.	25 Maret 2025	D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kebutuhan ADL terpenuhi	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Mempertahankan lingkungan yang nyaman Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam	1. Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya. 3. Untuk mengetahui kondisi Kesehatan klien 4. Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien. 5. Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 6. Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien 7. Untuk memberikan pengetahuan

				meningkatkan ambulasi Edukasi 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana
--	--	--	--	---	---

	08.40	Ds : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan.	2. Mengobservasi ku dan kesadaran pasien - Ku lemah - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6	
	10.00	Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) Mengalami keterbatasan gerak 5) ADL dibantu keluarga : • Makan dibantu keluarga melalui oral • BAK menggunakan pispot • Personal hygiene : disibin 2x sehari pagi dan sore, digantikan baju oleh keluarga.	3. Mengobservasi TTV : TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36, 5°C RR: 20x/menit SPO2: 97%	
	10.05	6) Kekuatan otot Dextra Sinistra 3 5 3 5	4. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas dan berat digerakkan - Kekuatan otot Dextra Sinistra 3 5 3 5	
	10.10	7) Reflek Fisiologis : Dextra Sinistra Trisep (-) (+) Bisep (-) (+) Patella (-) (+)	5. Memperhatikan lingkungan yang nyaman - Dengan memperhatikan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut. - Memasang siderail	
	10.15	- Reflek Patologis : Dextra Sinistra Babinski (+) (-)	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
	10.20	Chaddock (+) (-)	7. Mengajukan pasien untuk melakukan mobilisasi - Dengan mengubah posisi setiap 2 jam.	
	10.25		8. Membantu klien melakukan gerak aktif dan pasif, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki pada ekstremitas yang mengalami kelemahan.	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 13 Evaluasi Keperawatan

No Dx	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)						
1	25 Maret 2025 12.30 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi ditandai degan Ds : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing P : Klien mengatakan pusing Q : Klien mengatakan pusing seperti cunut-cunut R : Klien mengatakan pusing di kepala S : Skala nyeri 3 T : Klien mengatakan pusing hilang timbul Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) CRT < 2 detik 5) Akral hangat 6) TTV: TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36, 5°C RR: 20x/menit SPO2: 97% 7) Hasil CT Scan Kesimpulan: - Acute to subacute infark di subcortex corona radiata kiri - Mild brain atrofi	S : 1) Klien mengatakan kepala masih pusing, badan terasa lemas O : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) CRT < 2 detik 5) Akral hangat 6) Skala nyeri pusing 3 7) TTV: TD : 165/86 mmHg N: 85x/menit S: 36,3°C RR: 20x/mneit SPO2: 97% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (2, 7,8,11)						
2	25 Maret 2025 12.30 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan. Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) Mengalami keterbatasan gerak 5) ADL dibantu keluarga : • Makan dibantu keluarga melalui oral • BAK menggunakan pispot	S : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki kanan masih lemas dan berat digerakkan. O : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) ADL dibantu keluarga 5) Kekuatan otot <table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> A : Masalah belum teratasi	Dextra	Sinistra	3	5	3	5
Dextra	Sinistra								
3	5								
3	5								

		• Personal hygiene : disibin 2x sehari pagi dan sore, digantikan baju oleh keluarga. 6) Kekuatan otot <table><tr><th>Dextra</th><th>Sinistra</th></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 7) Reflek Fisiologis : <table><tr><th></th><th>Dextra</th><th>Sinistra</th></tr><tr><td>Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr></table> - Reflek Patologis : <table><tr><th></th><th>Dextra</th><th>Sinistra</th></tr><tr><td>Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr><tr><td>Chaddock</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr></table>	Dextra	Sinistra	3	5		Dextra	Sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)		Dextra	Sinistra	Babinski	(+)	(-)	Chaddock	(+)	(-)	P : Lanjutkan intervensi (1,3,6,7)
Dextra	Sinistra																											
3	5																											
	Dextra	Sinistra																										
Trisep	(-)	(+)																										
Bisep	(-)	(+)																										
Patella	(-)	(+)																										
	Dextra	Sinistra																										
Babinski	(+)	(-)																										
Chaddock	(+)	(-)																										

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	Diagnos Keperawatan	Implemtasi	Evaluasi (SOAP)
26 Maret 2025 08.00	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi ditandai dengan	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien	S : 1) Klien mengatakan kepala pusing berkurang, badan masih lemas
08.10	Ds : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing	2. Memberikan injeksi IV - Citicolin 500 mg	O : 1) Ku lemah
08.15	P : Klien mengatakan pusing Q : Klien mengatakan pusing seperti cenut-cenut	3. Mengganti cairan infus NaCl 14 tpm	2) Kesadaran compos mentis
08.20	R : Klien mengatakan pusing di kepala S : Skala nyeri 3 T : Klien mengatakan pusing hilang timbul	4. Memoitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : - Ku lemah - Kesadaran composmetis - GCS 4-5-6 - Klien mengatakan kepala pusing berkurang	3) GCS 4-5-6 4) CRT < 2 detik 5) Akral hangat 6) Skala nyeri pusing 2 7) TTV TD: 160/85 mmHg N: 83x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SPO2 : 98%
08.30	Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) CRT < 2 detik 5) Akral hangat 6) TTV: TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36, 5°C RR: 20x/menit SPO2: 97%	- Badan masih lemas - Akral hangat - Skala nyeri pusing 2 - Mengobservasi TTV : TD: 160/85 mmHg N: 83x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SPO2 : 98%	A : Masalah teratasi sebagian - Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran - Pusing menurun - Peningkatan TIK tidak ada P : Lanjutkan Intervensi (2, 7,8,11)
08.35	7) Hasil CT Scan Kesimpulan: - Acute to subacute infark di subcortex corona radiata kiri - Mild brain atrofi	5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan penunggu pasien hanya satu orang.	
08.40		6. Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien (posisi head up 30°) - Pasien merasa nyaman dengan memposisikan	

08.45		bantal dari kepala, leher sampai ke bahu. 7. Mempertahankan suhu tubuh normal - Dengan mengedukasi pasien dan keluarga pasien untuk minum air yang banyak dan menggunakan pakaian yang tipis.																									
26 Maret 2025 08.00 08.20 08.30 08.35 08.40	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan. Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) Mengalami keterbatasan gerak 5) ADL dibantu keluarga: • Makan dibantu keluarga melalui oral • BAK menggunakan pispot • Personal hygiene : disibin 2x sehari pagi dan sore, digantikan baju oleh keluarga. 6) Kekuatan otot <table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 3 5 7) Reflek Fisiologis : <table><tr><td></td><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr></table>	Dextra	Sinistra	3	5		Dextra	Sinistra	Trisep	(-)	(+)	Bisep	(-)	(+)	Patella	(-)	(+)	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien 2. Mengobservasi ku dan kesadaran pasien - Ku lemah - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 3. Mengobservasi TTV : TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36, 5°C RR: 20x/menit SPO2: 97% 4. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas dan berat digerakkan - Kekuatan otot <table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 3 5 5. Memperhatikan lingkungan yang nyaman - Dengan memperhatikan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut.	Dextra	Sinistra	3	5	S : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemas dan berat digerakkan berkurang O : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6 4) ADL dibantu keluarga 5) Kekuatan otot <table><tr><td>Dextra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 3 5 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (1,3,6,7)	Dextra	Sinistra	3	5
Dextra	Sinistra																										
3	5																										
	Dextra	Sinistra																									
Trisep	(-)	(+)																									
Bisep	(-)	(+)																									
Patella	(-)	(+)																									
Dextra	Sinistra																										
3	5																										
Dextra	Sinistra																										
3	5																										

08.45	- Reflek Patologis : Dextra Sinistra	- Memasang siderail	
08.50	Babinski (+) (-) Chaddock (+) (-)	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
08.55		7. Mengajukan pasien untuk melakukan mobilisasi - Dengan mengubah posisi setiap 2 jam.	
		8. Membantu klien melakukan gerak aktif dan pasif, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari- jari tangan dan kaki pada ekstremitas yang mengalami kelemahan.	
27 Maret 2025 08.10	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi ditandai dengan	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien	S: 1) Klien mengatakan pusing dan badan lemas sudah berkurang
08.15	Ds : Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing	2. Memberikan injeksi IV - Citicolin 500 mg	O : 1) Ku cukup 2) Kesadaran composmentis
08.20	P : Klien mengatakan pusing	3. Mengganti cairan infus NaCl 14 tpm	3) GCS 4-5-6 4) Akral hangat
08.25	Q : Klien mengatakan pusing seperti cun- cun	4. Memoitor tanda/ gejala peningkatan TIK	5) Skala nyeri pusing 1 6) TTV
	R : Klien mengatakan pusing di kepala	Hasil : - Ku cukup	TD: 160/72 mmHg
	S : Skala nyeri 3	- Kesadaran	N: 78x/menit
	T : Klien mengatakan pusing hilang timbul	- Composmentis	S: 36,5°C
	Do : 1) Ku lemah	- GCS 4-5-6	RR: 20x/menit
	2) Kesadaran	- Klien	SPO2: 98%
	composmentis	mengatakan	A : Masalah teratasi sebagian
	3) GCS 4-5-6	kepala pusing	- Klien dapat mempertahankan
	4) CRT < 2 detik	berkurang	tingkat kesadaran
	5) Akral hangat	- Badan lemas	- Pusing menurun
	6) TTV:	berkurang	- Peningkatan TIK tidak ada
	TD : 154/70 mmHg	- Akral hangat	
	N: 82x/menit	- Skala nyeri	
	S: 36, 5°C	pusing 1	
	RR: 20x/menit	- Mengobservasi	P : Intervensi dihentikan
	SPO2: 97%	TTV :	Px KRS
08.35	7) Hasil CT Scan	TD: 160/72 mmHg	
	Kesimpulan:	N: 78x/menit S: 36,5°C	

08.35	- Acute to subacute infark di subcortex corona radiata kiri	RR: 20x/menit SPO2: 98%	
08.40	- Mild brain atrofi	5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan penunggu pasien hanya satu orang.	
08.45		6. Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien (posisi head up 30°) - Pasien merasa nyaman dengan memposisikan bantal dari kepala, leher sampai ke bahu.	
		7. Mempertahankan suhu tubuh normal - Dengan mengedukasi pasien dan keluarga pasien untuk minum air yang banyak dan menggunakan pakaian yang tipis.	
27 Maret 2025 08.10	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien	S : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas dan berat sudah berkurang
08.15	Ds : 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan.	2. Mengobservasi ku dan kesadaran pasien - Ku cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6	O : 1) Ku cukup 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4-5-6
08.35	Do : 1) Ku lemah 2) Kesadaran composmetis 3) GCS4-5-6	3. Mengobservasi TTV : TD: 160/72 mmHg N: 78x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2: 98%	4) Klien sudah bisa duduk sendiri 5) Kekuatan otot : Dextra Sinistra 4 5
08.40	1) Mengalami keterbatasan gerak 2) ADL dibantu keluarga : • Makan dibantu keluarga melalui oral • BAK menggunakan pispot	4. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Klien mengatakan tangan dan kaki	4 5 A : Masalah teratasi sebagian - Pergerakan

	• Personal hygiene : disibin 2x sehari pagi dan sore, digantikan baju oleh keluarga.	sebelah kanan lemas dan berat digerakkan sudah berkurang - Kekuatan otot: Dextra Sinistra 4 5 4 5	ekstremitas klien meningkat - Kekuatan otot klien meningkat P : Intervensi dihentikan Px KRS
08.45	3) Kekuatan otot: Dextra Sinistra 3 5 3 5	5. Memperhatikan lingkungan yang nyaman - Dengan memperhatikan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut. - Memasang siderail	
08.50	4) Reflek Fisiologis : Dextra Sinistra Trisep (-) (+) Bisep (-) (+) Patella (-) (+)		
08.55	- Reflek Patologis : Dextra Sinistra Babinski (+) (-) Chaddock (+) (-)	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi Dengan mengubah posisi setiap 2 jam.	
09.00		8. Membantu klien melakukan gerak aktif dan pasif, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki pada ekstremitas yang mengalami kelemahan.	

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

No	Analisis		
	Teori	Fakta	Tanda ditemukan / tidak
1.	Pengkajian		
a.	Identitas Klien Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti, 2022).	Nama : Tn. S, umur 73 tahun, jenis kelamin : laki-laki, pendidikan : SD, agama : islam, suku/bangsa : Jawa/Indonesia, alamat : Rt 7 Rw 3 Sukosari, Trenggalek, tanggal dan jam MRS : 24 Maret 2025 jam 09.50 WIB Diagnosa : CVA infark	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
b.	Keluhan utama Umumnya penderita datang ke rumah sakit dengan keluhan kelemahan anggota gerak satu sisi tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi atau penurunan tingkat kesadaran (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	Saat MRS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan lemas dan berat untuk digerakkan, klien merasa pusing. Saat pengkajian : Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing, tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan.	Tidak terdapat kesenjangan teori dan fakta, namun tidak semua tanda ditemukan karena, Tanda terjadinya gangguan kesadaran, gangguan sensorik belum muncul, tetapi tanda-tanda yang lain sudah ditemukan pada klien seperti gangguan motorik, dan kepala pusing.
c.	Riwayat penyakit sekarang Serangan stroke biasanya terjadi sangat mendadak pada saat klien sedang beraktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan terjadi kejang hingga tidak sadar, Selain gejala kelumpuhan separuh tubuh atau gangguan fungsi otak yang lainnya (Tunik <i>et.al.</i> , 2022).	Klien mengatakan pada hari Senin tanggal 24 Maret 2025 sekitar pukul 09.00 WIB pagi setelah bersih-bersih rumah bersama anaknya, klien merasa lemas kemudian klien duduk sebentar dengan putranya. Lalu, beberapa menit kemudian ketika klien mau berdiri kaki dan tangan sebelah kanan lemas untuk digerakkan. Lalu pukul 09.50 WIB klien dibawa ke IGD oleh anaknya. Setelah mendapatkan perawatan di IGD, klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada tanggal 24 Maret 2025 pukul 12.30 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 25 Maret 2025 Klien mengatakan badan terasa lemas, pusing, tangan dan kaki sebelah kanan lemas berat untuk digerakkan. P : Klien mengatakan pusing	Tidak terdapat kesenjangan teori dan fakta, namun tidak semua tanda ditemukan. Tanda kelemahan yang muncul pada klien yaitu kaki dan tangan sebelah kanan lemas dan berat untuk digerakkan, pusing.

	Q : Klien mengatakan pusing seperti cunut-cunut R : Klien mengatakan pusing di kepala S : Skala nyeri 3 T : Klien mengatakan pusing hilang timbul	
d. Riwayat penyakit dahulu Lakukan pengkajian terhadap riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin, fasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan. Adanya riwayat merokok, mengkonsumsi alkohol dan obat kontrasepsi oral (Tunik <i>et.al.</i> , 2022).	Klien mengatakan mempunyai riwayat stroke 8 bulan yang lalu. Klien mengatakan mempunyai riwayat tensi tinggi sejak ½ tahun yang lalu. Klien mengatakan rutin kontrol dan minum obat dari dokter spesialis syaraf dan di poli syaraf.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Tanda yang muncul pada klien yaitu adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA.
e. Riwayat penyakit keluarga Umumnya terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2011 dalam Tunik <i>et.al.</i> , 2022).	Klien mengatakan ibunya mempunyai riwayat stroke.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Tanda yang muncul pada klien yaitu adanya riwayat stroke pada keluarga.
f. Pengkajian psikososiospiritual 1) Pola interaksi dan komunikasi Penderita stroke yang mengalami pelo dan cedal akan mengalami hambatan dalam berkomunikasi, menyampaikan pesan atau menerima pesan dari orang lain (Tarwoto, 2013 dalam Tunik <i>et.al.</i> , 2022).	Klien mengatakan berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain, ketika diajak berkomunikasi klien mampu merespon sesuai pertanyaan yang diberikan.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
2) Konsep diri a) Gambaran diri Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani	Klien mengatakn dirinya merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini. Klien hanya berserah diri untuk diberikan kesembuhan.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pasien mampu menyadari keadaannya saat ini.

	keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada Tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan.		
b)	Ideal diri: Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya	Klien mengatakan tetap optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini dan bisa segera pulang dan beraktifitas seperti biasanya.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pasien berkeinginan segera sembuh dari penyakitnya.
c)	Harga diri Mudah marah, tidak kooperatif, dan merasa tidak ada harapan karena klien merasa tidak berdaya (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni, 2022).	Klien mengatakan tidak malu dan mensyukuri dengan keadaannya dengan kondisi sekarang.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pasien mensyukuri dengan keadaannya.
d)	Peran diri Adanya perubahan hubungan dan peran karena Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran dalam peran perhubungan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni, 2022).	Klien berperan sebagai kepala rumah tangga, suami, ayah dan kakek.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
e)	Identitas diri Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.	Klien bernama TN. S berusia 73 tahun, jenis kelamin laki-laki, sebagai kepala rumah tangga suami, ayah dan kakek, beliau bekerja sebagai wirausaha dan tinggal di Sukosari, Trenggalek.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pasien tersebut laki-laki.
g.	Pola aktivitas sehari-hari		
1)	Aktivitas dan istirahat Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri	Di Rumah : Klien mengatakan tidur malam jam 21.00 WIB dan bangun pagi jam 04.00 WIB	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

otot beristirahat (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni, 2022).

Di Rs :

Klien mengatakan selama di rumah sakit sering terbangun saat tidur dimalam hari karena kepala sedikit pusing.

Klien mengatakan tidur malam jam 22.00 WIB dan bangun pagi jam 04.00 WIB

2) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni, 2022).

Di Rumah :

Klien mengatakan BAK 4-5 x / hari, dengan warna kuning jernih, dan bau khas urine dan BAB rutin 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, dan bau khas feses

Di RS :

Klien mengatakan selama di rumah sakit BAK 3-4 x/ hari dengan warna kekuning-kuningan dan bau khas urine. Klien BAK menggunakan pispot dibantu oleh keluarga dan BAB baru 1x sejak kemarin masuk sampai saat pengkajian

Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

3) Pola makan

Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2013 dalam Kusyuni, 2022).

Di Rumah :

Klien mengatakan 3x sehari pagi, siang dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan.

Di RS :

Klien mengatakan selama di rumah sakit makan 3x sehari pagi, siang dan sore yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur.

Klien mengatakan hanya menghabiskan 2/3 porsi makanan yang diberikan.

Klien dibantu keluarga saat makan melalui oral.

Klien diberikan diit rendah garam dan rendah

Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

	kolestrol.	
4) Personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene (Tunik <i>et.al.</i> , 2022).	Di Rumah : Klien mengatakan mandi 2x sehari, menggosok gigi 2x sehari dan keramas seminggu 2x dengan shampo. Di RS : Klien mengatakan selama di RS hanya disibin 2x sehari pagi dan sore dan mengganti baju dibantu oleh keluarga. Klien mengatakan selama di rumah sakit belum sikat gigi hanya berkumur dengan air putih setelah makan.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
h. Pola Sensori dan Kognitif Terdapat gangguan penglihatan/ kekaburan pandang, sentuhan/ perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti, 2022).	Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Klien tidak mengalami penurunan daya ingat.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pada klien yaitu tidak mengalami gangguan penglihatan, klien mampu berorientasi dengan baik.
i. Keadaan umum Keadaan umum pasien tergantung pada gejala tingkat kesadaran yang dialami oleh penderita (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah, terpasang infus NaCl 14 tpm ditangan kiri.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
j. Tanda-tanda vital Penderita stroke yang memiliki tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan tekanan darah kurang lebih 180/80 mmhg, frekuensi nadi normal, suhu dalam batas normal. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	TD : 154/70 mmHg N: 82x/menit S: 36,5 °C RR: 20x/menit SPO2: 97%	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, pasien mengalami peningkatan tekanan darah.

k. Pemeriksaan kepala dan wajah			
1) Kepala	Bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan, abnormal, dan hematoma yang dapat di indikasikan adanya trauma kepala. Nyeri tekan jugabisa di indikasikan pada tekanan intrakanial (Tarwoto, 2013).	Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, tidak terjadi alopesia, rambut bersih dan tidak bau warna rambut putih. Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, tidak ditemukan alopesia, tidak adanya trauma kepala, nyeri tekan maupun benjolan.
2) Wajah	Periksa hemiparesis/hemiplegia pada wajah, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat. Pada Palpasi umumnya tidak terdapat nyeri tekan (.Muttaqin, 2008 dalam Tunik <i>et al.</i> , 2022).	Wajah oval, tidak pucat, simetris kanan dan kiri, ketika mengerutkan dahi kerutan kanan kiri sama	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, wajah pasien simetris.
3) Telinga	Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022) : Inspeksi: kesimetrisan telinga,adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak Palpasi: terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak	Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, Tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada pendengaran tinnitus (berdenging). Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan,tidak terdapat polip di telinga.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
4) Mata	Periksa konjungtiva, bisa berwarna pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil	Simetris kanan dan kiri,pupil mengecil ketika terkena cahaya (miosis) dan pupil besarnya sama antara kanan dan kiri (iskor), konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. klien tidak mengalami penurunan penglihatan.

	anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran Papiledema akibat peningkatan tekanan intrakranial yang mendesak tekanan intraokuler, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Muttaqin, 2008 dalam Tunik <i>et al.</i>, 2022).	Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pandangan tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata kearah atas dan bawah serta ke kanan dan ke kiri.
5. Hidung: Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022) : Inspeksi: kesimetrisan hidung, adanya sekret, adanya polip, adanya lesi, adanya cuping hidung, terpasang selang oksigen 2 liter/tidak Palpasi: terdapat nyeri tekan dan polip / tidak	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, tidak ada nyeri pada hidung, mampu membedakan bau.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori..
6. Mulut dan faring Periksa mulut akan munculnya mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis, ketidakmampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan	Bibir simetris, bibir kering, tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi banyak yang ompong, tidak mengalami kesulitan menelan.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta..

	fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distatiria, afasia (Muttaqin, 2008 dalam Tunik <i>et al.</i>, 2022).		
l.	Pemeriksaan leher Menurut (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022) : Inspeksi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya edema, lesi atau tidak, penarikan otot bantu nafas atau tidak Palpasi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya nyeri tekan atau tidak.	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak ada pembekakan Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
m.	Pemeriksaan dada/thorax a) Inspeksi: Pada sistem pernapasam pernapasan tidak ada kelainan, klien dengan tingkat kesadaran Composmentis. Pada pemeriksaan jantung biasanya ictus cordis tidak terlihat b) Palpasi: Didapatkan tatil vremitus seimbang kanan dan kiri. Pada pemeriksaan jantung teraba ictus cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra. c) Perkusi: Pada pemeriksaan paru adalah suara sonor, pada pemeriksaan jantung suara pekak d) Auskultasi: Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan,	Pemeriksaan Paru-Paru: a) Inspeksi : Bentuk dada normal chest, pernapasan reguler b) Palpasi : Vocal Fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri c) Perkusi : Suara paru sonor d) Auskultasi : Tidak terdengar suara nafas tambahan Pemeriksaan Jantung : a) Inspeksi : ictus cardis tidak terlihat b) Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5 c) Perkusi : Suara jnatung pekak d) Auskultasi : Bunyi jantung lup dup	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronkhi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat Pada pemeriksaan jantung tidak terdapat bunyi jantung tambahan.		
n. Pemeriksaan abdomen	a) Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada lesi b) Auskultasi : Bising usus 8x/menit c) Perkusi : Terdengar suara Tympani d) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
a) Inspeksi: Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma). Bagaimana bentuk perut. b) Auskultasi: Terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit) c) Palpasi: Teraba massa karena konstipasi, nyeri tekan tidak ada. Biasanya didapatkan penurunan peristaltic usus akibat bed rest yang lama d) Perkusi: Suara tympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung Abdomen		
o. Pemeriksaan integumen	Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi, turgor kulit kembali < 2 detik, akral hangat, CRT < 2 detik, suhu tubuh 36,5°C	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
Penderita yang mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu dikaji adanya tanda-tanda dehidrasi terutama pada daerah yang menonjol karena klien harus bedrest selama 2-3 minggu (Ginting, 2015 dalam Tunik <i>et. al.</i> , 2022).		
p. Pemeriksaan ekstremitas	Terpasang infus PZ 14 tpm ditangan kiri, akral hangat, ekstremitas dextra lemah, kekuatan otot :	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
85% penderita stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas (Tunik <i>et.</i>		

<i>al., 2022).</i>		Dextra Sinistra					
		<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	
3	5						
3	5						
		Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 3 : gerakan otot penuh, melawan gravitasi dengan topangan					
q.	Pemeriksaan genetalia dan anus Terkadang klien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013 dalam Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/inkontinensia urine	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.				
r.	Pemeriksaan neurologi						
	1. Nervus I (Olfaktorius): terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	1) Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau minyak kayu putih.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.				
	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 (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	2) Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, Klien mampu melihat tanpa alat bantu	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan penglihatan.				

3. Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	3) Pergerakan bola mata sama, pandangan tidak kabur, pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya), pupil besarnya sama antara kanan dan kiri (isokor).	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.
4. Nervus IV (Trochlearis) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	4) Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah.	Tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.
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 (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	5) Klien mampu mengedipkan mata, tidak ada kelemahan pada otot-otot mata (sentuhan pada sekitar mata).	Tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.
6. Nervus VI (Abducens) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	6) Klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.	Tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.
7. Nervus VII (Facialis) : klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	7) Wajah simetris, ketika tersenyum bibir simetris, tidak ada kelemahan pada wajah klien, kerutan pada dahi simetris kanan dan kiri.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami kelumpuhan pada otot wajah
8. Nervus VIII (Vestibulocochlearis) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan	8) Klien mampu mendengar dengan baik, ketika diajak berbicara mampu menjawab sesuai pertanyaan.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu pada klien tidak mengalami gangguan pendengaran

artikulasi yang jelas (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).		
9. Nervus IX (Glosafaringeus) : klien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	9) Klien mampu membedakan rasa makanan dan menyebutkan rasa makanan manis dan asin.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
10. Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran menelan ludah dan makanan (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	10) Klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu yaitu pada klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan.
11. Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	11) Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori pada klien yaitu yaitu pada klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri
12. Nervus XII (Hiploglosus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara (Tunik <i>et. al.</i> , 2022).	12) Kliem mampu menjulurkan lidah.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
2. Diagnosa Keperawatan		
1. Resiko perfusi serebral tidak efektif 2. Gangguan persepsi sensori 3. Gangguan komunikasi verbal 4. Resiko gangguan nutrisi 5. Defisit perawatan diri 6. Gangguan eliminasi urine	1. Resiko perfusi serebral tidak efektif 2. Gangguan mobilitas fisik	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu pada teori ditemukan 7 Diagnosa pada penderita CVA sedangkan pada penelitian hanya ditemukan 2 diagnosa yang muncul pada klien.
3. Intervensi Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2017), pada diagnose Resiko	Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori yang telah ada, dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah	Intervensi dilakukan sesuai dengan teori

	perfusi serebral tidak efektif ada 14 intervensi, dan pada diagnose Gangguan mobilitas fisik ada 7.	dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif ada 14 intervensi yang direncanakan dan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 7 intervensi yang direncanakan.	
4.	Implementasi Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015).	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun, sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu Pada saat peneitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.
5.	Evaluasi Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022).	Penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif dan Gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan di bahas mengenai tanda-tanda yang sudah di temukan ataupun belum ditemukan pada klien berdasarkan dari penelitian pada klien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek di dapatkan hasil sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola interaksi dan komunikasi, pola eliminasi, pola makan dan minum, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik meliputi (kepala, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, leher), pada syaraf kranial meliputi (olfaktorius, optikus, okulomotorius, fasialis, vestibulococlearis, vagus, aksesorius).

1) Pola interaksi dan komunikasi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan ketika di rumah sakit klien mengatakan berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain, ketika diajak berkomunikasi klien mampu merespon sesuai pertanyaan yang diberikan.

Secara teori penderita stroke yang mengalami pelo dan cedal akan mengalami hambatan dalam berkomunikasi, menyampaikan pesan atau menerima pesan dari orang lain (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et.al.*, 2022).

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

masalah dalam interaksi dan komunikasi karena klien tidak mengalami gangguan dalam bicara, hubungan klien dengan keluarga baik, ketika diajak berkomunikasi klien mampu merespon sesuai pertanyaan yang diberikan.

2) Pola eliminasi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengatakan selama di rumah sakit BAK 3-4 x/ hari dengan warna kekuning-kuningan dan bau khas urine. Klien BAK menggunakan pispot dibantu oleh keluarga dan BAB baru 1x sejak kemarin masuk sampai saat pengkajian.

Sedangkan secara teori adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami inkontinensia urine dan konstipasi, klien dalam kesadaran penuh sehingga klien dapat mengontrol pola BAB dan BAK.

3) Pola makan dan minum

Berdasarkan data pengkajian didapatkan Klien mengatakan selama di rumah sakit makan 3x sehari pagi, siang dan sore yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan hanya menghabiskan 2/3 porsi makanan yang diberikan. Klien

dibantu keluarga saat makan melalui oral. Klien diberikan diit rendah garam dan rendah kolestrol.

Secara teori terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan makan, nafsu makan menurun, mual dan muntah dikarenakan klien tidak terjadi masalah pada nervus glossofaringeus dan nervus vagus.

4) Pola sensori dan kognitif

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

Secara teori pada pola sensori terdapat gangguan penglihatan/ kekaburan pandang, sentuhan/ perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pola sensori dan kognitif dikarenakan pada klien

tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), sehingga klien tidak mengalami gangguan penglihatan dan juga klien tidak mengalami penurunan daya ingat.

5) Pemeriksaan fisik

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

a) Kepala

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada kepala didapatkan bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, tidak terjadi alopesia, rambut bersih dan tidak bau, warna rambut putih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Secara teori pada klien stroke bagaimana penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan, abnormal, dan hematoma yang dapat di indikasikan adanya trauma kepala. Nyeri tekan juga bisa di indikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami trauma pada kepala dan nyeri tekan pada kepala dikarenakan pada klien tidak mengalami cedera kepala, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian kepala .

b) Wajah

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada muka didapatkan wajah oval, tidak pucat, simetris kanan dan kiri, ketika mengerutkan dahi kerutan kanan kiri sama.

Secara teori umumnya pada klien stroke wajah hemiparesis/hemiplegia, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat. Pada palpasi umumnya tidak terdapat nyeri tekan (Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

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

c) Mata

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada mata didapatkan mata pada klien simetris kanan dan kiri, pupil iskor, konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih, tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedma, pandangan tidak kabur.

Secara teori umumnya pada klien stroke konjungtiva bisa berwarna pucat akibat kurangnya suplai

darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran Papil edema akibat peningkatan tekanan intrakranial yang mendesak tekanan intraokuler, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata.

d) Hidung

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada hidung didapatkan pada klien tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, mampu membedakan bau.

Secara teori umumnya pemeriksaan pada hidung klien dengan stroke didapatkan pada inspeksi: kesimetrisan hidung, adanya sekret, adanya polip, adanya lesi, adanya cuping hidung, terpasang selang oksigen 2

liter/tidak. Pada palpasi: terdapat nyeri tekan dan polip / tidak (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022).

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

d) Telinga

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada telinga klien didapatkan telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada pendengaran tinnitus (berdenging), tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat polip ditelinga.

Secara teori pemeriksaan pada telinga klien dengan stroke didapatkan pada inspeksi: kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak. Pada palpasi: terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak (Nursalam, 2011 dalam Kusyanti 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada telinga dikarenakan klien tidak

mengalami gangguan pada nervus 8 auditorius (pendengaran), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian telinga.

e) Mulut

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada mulut klien didapatkan bibir simetris, bibir kering, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi banyak yang ompong, tidak mengalami kesulitan menelan.

Secara teori pemeriksaan pada mulut klien dengan stroke didapatkan mulut akan munculnya mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis, ketidakmampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distartia, afasia (Muttaqin, 2008 dalam Tunik *et al.*, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada mulut dikarenakan klien tidak mengalami gangguan pada nervus 9 glossofaringeus (pengecap, kemampuan menelan, gerak lidah), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mulut.

f) Leher

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada leher klien didapatkan tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak ada pembekakan , tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan.

Secara teori pemeriksaan pada leher klien dengan stroke didapatkan pada inspeksi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya edema, lesi atau tidak, penarikan otot bantu nafas atau tidak. Pada palpasi : adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya nyeri tekan atau tidak (Nursalam, 2011 dalam Kusyani 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada leher dikarenakan klien tidak mengalami spastisitas (kekakuan otot), sehingga tidak ada masalah pada leher.

5) Pemeriksaan genetalia

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada genetalia didapatkan tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.

Secara teori terkadang klien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013 dalam Tunik *et. al.*, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil dan tidak ada inkontinensia urine, sehingga tidak ada masalah pada genetalia.

6) Pemeriksaan neurologis

Klien hanya mengalami keterbatasan dalam mengendalikan gerak tubuh sebelah kanan. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf kranial meliputi (olfaktorius, optikus, okulomotorius, fasialis, vestibulococlearis, vagus, aksesorius).

a) Olfaktorius

Berdasarkan data pengkajian didapatkan penciuman klien baik, klien mampu mencium bau minyak kayu putih.

Secara teori pada klien CVA 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 (Tunik *et. al.*, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus I olfaktorius (penciuman), dikarenakan nervus olfaktorius pada klien

tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

b) Optikus

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien mampu melihat tanpa alat bantu.

Secara teori kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan 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 (Tunik *et. al.*, 2022).

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

c) Okulomotorius

Berdasarkan data pengkajian didapatkan Pergerakan bola mata sama, pandangan tidak kabur, pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya), pupil besarnya sama antara kanan dan kiri (isokor).

Secara teori kelainan pada nervus okulomotorius diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata (Tunik *et. al.*, 2022).

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

d) Fasialis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan wajah simetris, ketika tersenyum bibir simetris, tidak ada kelemahan pada wajah klien, kerutan pada dahi simetris kanan dan kiri.

Secara teori gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum (Tunik *et. al.*, 2022).

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

e) Vestibulococlearis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mampu mendengar dengan baik, ketika diajak berbicara mampu menjawab sesuai pertanyaan.

Secara teori kelainan pada nervus 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 (Tunik *et. al.*, 2022).

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

f) Vagus

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

Secara teori kemampuan klien tidak baik, kesukaran menelan ludah dan makanan (Tunik *et. al.*, 2022)

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

tidak terjadi masalah pada nervus X vagus (sensasi faring, gerakan pita suara), dikarenakan nervus vagus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

g) Aksesorius

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

Secara teori kerusakan nervus aksesorius dapat disebabkan oleh klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat (Tunik *et. al.*, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus aksesorius karena klien mampu menggerakkan kepala dan bahu akibat CVA yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien *CVA iskemik*, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 2 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi 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 Resiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan persepsi sensori, Gangguan komunikasi verbal, Gangguan mobilitas fisik, Resiko gangguan nutrisi, Defisit perawatan diri, Gangguan eliminasi urine.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif, dan Gangguan mobilitas fisik. Sedangkan secara teori klien dengan CVA 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 dibantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Resiko gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Gangguan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan komunikasi verbal juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah dalam komunikasi dan juga mampu berbicara dan mendengarkan. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan

dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien dengan CVA *Iskemik* disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari Standar Intervensi Luaran Keperawatan Indoonesia (2017) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif ada 14 intervensi yang direncanakan dan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 7 intervensi yang direncanakan.

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Suwignjo et al., 2022). Perencanaan ini dilakukan guna mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan (Juniarti et al., 2020).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan

teori dan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 25 Maret 2025 sampai 27 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif sebanyak 5 dan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 5.

Secara teori Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015).

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 5 sedangkan menurut teori terdapat 14 intervensi lalu pada diagnosa Gangguan

mobilitas fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 5 sedangkan menurut teori terdapat 7 intervensi.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada, sakit kepala menurun, tekanan intrakranial membaik, gelisah menurun. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kebutuhan ADL terpenuhi.

Secara teori Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022).

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi menggunakan SOAP untuk menilai hasil dari proses keperawatan, selama dilakukan tindakan keperawatan 3 hari kriteria hasil belum semua teratasi tetapi sudah menunjukkan

adanya perkembangan pada klien yang lebih baik, menurut penulis hal tersebut terjadi karena pemulihan penyakit stroke membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga memerlukan perawatan yang intensif terlebih pada klien yang sudah mengalami kelemahan anggota tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti ditemukan bahwa tidak semua tanda-tanda ditemukan pada "Tn. S". Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien meliputi pola interaksi dan komunikasi, pola eliminasi, pola makan dan minum, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik meliputi (kepala, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, leher), pada syaraf kranial meliputi (olfaktorius, optikus, okulomotorius, fasialis, vestibulococlearis, vagus, aksesorius).

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari penyakit CVA ditemukan pada klien, maka semua diagnosa keperawatan tidak dimunculkan. Peneliti hanya merumuskan beberapa diagnosa diantaranya Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah tinggi dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

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

5.1.4 Implementasi Keperawatan

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

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

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

5.1.6 Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Setelah dilakukan pemberian asuhan keperawatan dan dilakukan analisis kualitatif pada asuhan keperawatan. Peneliti menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pola interaksi dan komunikasi, pola eliminasi, pola makan dan minum, pola sensori dan kognitif, pemeriksaan fisik meliputi (kepala, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, leher), pada syaraf kranial meliputi (olfaktorius, optikus, okulomotorius, fasialis, vestibulococlearis, vagus, aksesorius).

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Bagi penulis hasil penelitian di harapkan dapat dijadikan panduan dan bahan pengembangan dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien CVA.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.3 Bagi Perawat

Bagi perawat hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan perawatan pada klien yang mengalami CVA dan diharapkan mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup, serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien CVA.

5.2.4 Bagi Peneliti

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

5.2.5 Bagi Klien

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

DAFTAR PUSTAKA

- Anggarini, A. (2018). STUDI DESKRIPTIF PERAN KOMUNITAS DISLEKSIA “ PARENTS SUPORT GROUP (PSG)” DI LEMBAGA TERAPI CITA HATI BUNDA SIDOARJO Diajukan kepada Universitas Negeri Surabaya untuk Memenuhi Persyaratan Penyelesaian Oleh UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA STUDI DESKRIPTIF PER. *Jurnal Pendidikan Khusus*, 3.
- Anthony, Rudd. (2002). *Stroke*. Jakarta
- Assaufi, M. H., Ardana, M., & Masruhim, M. A. (2016, November). Evaluasi Terapi Obat Antiplatelet pada Pengobatan Pasien Stroke di Instalasi Rawat Inap RSUD AM Parikesit Tenggarong Periode Tahun 2014. In *Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences* (Vol. 4, pp. 215-221).
- Aulia Imanda, Santi Martini, Kurnia Dwi Artanti. 2019. “Post Hypertension And Stroke : A Case Control Study.” *Kesmas: National Public Health Journal* 13 (4): 164-68. <https://doi.org/10.21109/Kesmas.V13i4.2261>.
- Auryn, V. (2020). *Mengenal & Memahami Stroke*. KATAHATI.
- Boot, E., Ekker, M. S., Putuala, J., Kittner, S., De Leeuw, F. E., & Tuladhar, A. M. (2020). Ischaemic stroke in young adults: A global perspective. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 91(4), 411-417. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322424>
- Darussalam, Miftafu, Zahroh Shaluhiah, And Bagoes Widjanarko. 2022.

- “Stroke Rehabilitation Program In Improving Adl (Activity Daily Living): Literature Review.” *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 7 (4): 1067-74. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i4.1289>.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2020). Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Eriyani, T., & Shalahuddin, I. (2019). Pengetahuan Pasien Tentang Upaya Pencegahan Stroke dengan Terapi Non-Farmakologi di Poli Dalam RSU DR. Slamet Garut. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*, 4(1), 97-106.
- Fadliyati R. (2015). Penggunaan media S2DLS dalam meningkatkan hasil belajar. Indonesia: Universitas Pendidikan Indonesia
- Feigin, Valery L., Michael Brainin, Bo Norrving, Sheila Martins, Ralph L. Sacco, Werner Hacke, Marc Fisher, Jeyaraj Pandian, and Patrice Lindsay. 2022. “World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022.” *International Journal of Stroke* 17(1):18-29. doi: 10.1177/17474930211065917.
- Goldszmidt, Andrian J. 2011. *Esensial Stroke*. Jakarta : EGC
- Harahap, Mukhtar Effendi. 2021. “The Effect Of Active Range Of Motion (Rom) On Muscle Strength In Non-Hemorrhic Stroke Patients In The Physiotherapy Room Of Imelda Pekerja Indonesia General Hospital , Medan City North.” *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 6 (4): 859-64. <https://doi.org/10.30604/jika.v6i4.1136>.
- Hariyanti dkk. 2020, *Mengenal Stroke Dengan Cepat*. Yogyakarta: Deepublish.

- Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosa NANDA Internasional*. Ar-Ruzz Media.
- Hendri heriyanto, a. A. (2015). Perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan latihan (mirror therapy) pada pasien stroke iskemik dengan hemiparesis di rsup dr. Hasan sadikin bandung. Keperawatan respati.
- Jamaluddin, M., Widiyaningsih, W., & Nadhifah, Z. (2020). Peningkatan Fleksibilitas Sendi pada Pasien Stroke dengan Terapi Tali Temali. *Journal Of Health Science (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 5(2), 74-78.
- Jamini, T., Yunita, Yulyanti, & Negara, C. K. (2020). Hubungan Kadar Kolesterol Darah dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, XI(1), 27.
- Juniarti, R., Somantri, I., & Nurhakim, F. (2020). Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr.Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, vol 8 no 2(2), 163-172.
- Kemendes. (2016). *Agar Stroke Tidak Menyerang*.
<https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/agar-stroke-tidak-menyerang>
- Kemendes, (2018). *Apa itu Stroke?*. [Online] Dikutip:
<https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa-itu-stroke>
 [Diakses 13 Februari 2024].
- Kemendes. (2023). *Hari Stroke Sedunia 2023, Lebih Besar Dari Stroke, Kenali dan Kelola Stroke*. <https://yankes.kemkes.go.id/read/1443/world-stroke-day-2023-greater-than-stroke-kenali-dan-kendalikan-stroke>

- Kementerian kesehatan ri. (2019). *Peraturan pelaksanaan undang-undang nomer 38 tahun 2014*. Jakarta: kemkes.
- Kusyani, A., & Khayudin, B.A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke*. Guepedia.
- Manefo S.R., Budiati ,E., & Maritasari ,D.Y. (2021). Karakteristik Pasien Berdasarkan Indikasi Pembedahan Penderita Stroke Hemoragik. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 11(April), 5-6.
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius
- Mubarak, Wahid Iqbal. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Salemba Medika.
- Nurarif & Kusuma (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Media Action.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika
- Permatasari, D., Juwita, D. A., Yosmar, R., & Illahi, J. F. R. (2021). Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Obat Neuroprotektif pada Pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 8(2), 162.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., Hall, A., Astle, B. J., & Duggleby, W.

- (2018). *Canadian Fundamentals of Nursing*, 6th Edition. Canada: Elsevier.
- Rokom. 2022. “Tingkatan Kualitas Dan Layanan Stroke Lewat Transformasi Kesehatan.” Sehat Negeriku. Retrieved (<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilismedia/20221011/4641254/tingkatan-kualitas-dan-layanan-stroke-lewat-transformasi-kesehatan/>).
- Semachew, A. (2018) ‘Implementation of Nursing Process in Clinical Settings: The Case of Three Governmental Hospitals in Ethiopia, 2017’ , BMC Research Notes, 11(1), pp. 1-5. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3275-z>.
- Sephia, D.E. (2024). "*Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*". Trenggalek
- Shahidi, S., Ghasemi, B., & Shafizadeh, A. (2020). The effect of Mirror therapy on the gait of patients with subacute and chronic stroke. *Complementary Medicine Journal*, 10(3), 218-229.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan*. Alfabeta. Bandung
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Suryono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Nuha Medika.
- Suwignjo, P., Maidartati, Asmara, L.N., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*, 10(2), 226-233.

- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan* (II). CV Sagung Seto.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- Tunik dkk. (2022). *Perawatan Post Hospitalisasi Pasien Stroke Yang Mengalami Imobilisas*. Media Nusa Creative. Malang
- Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>
- Walid, n. R. (2019). *Proses keperawatan berbasis kkni*. Malang: edulitera.
- Yuniarti, I. I., Kariasa, I. M., dan Waluyo, A. 2020. Efektivitas intervensi self-management pada pasien stroke. *Jurnal Keperawatan Global*. vol. 5(1): 6-17.

Lampiran 1 Lembar Inform Consent

LEMBAR INFORM CONSENT

Nama saya Anita Citra Ningtyas. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek mengharap partisipasi Klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **"Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek"** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

Trenggalek, 25 Maret 2025



Lampiran 2 Lembar Izin Melaksanakan Penelitian



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

Trenggalek, 27 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/126/2025

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 : ANITA CITRA NINGTYAS

NIM : P17240221017

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

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Unit Stroke.

3. Peneliti.

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Penelitian



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ 190 /406.010.001/18.00/2025

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

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

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : **ANITA CITRA NINGTYAS**
 NIM : P17240221017
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, 24 Maret 2025
 Direktur RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK

dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
 Pembina Tk. I
 NIP. 196710302002121002

Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan

FORMAT**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
(PERAWATAN STROKE)****DISUSUN OLEH :****NAMA** : _____**N I M** : _____

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM
KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

- ✧ Nama : _____
- ✧ Jenis kelamin : _____
- ✧ Umur : _____
- ✧ Status perkawinan : _____
- ✧ Pekerjaan : _____
- ✧ Agama : _____
- ✧ Pendidikan terakhir : _____
- ✧ Alamat : _____
- ✧ Tanggal/Jam MRS : _____
- ✧ Tanggal/Jam pengkajian : _____

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

.....

.....

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (P Q R S T)

.....

.....

.....

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

.....

.....

.....

.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

			
--	--	-------	-------

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

- A. Konsep diri Konsep diri
- a. Identitas diri :
 - b. Ideal diri :
 - c. Harga diri :
 - d. Peran :
 - e. Gambaran diri :
- B. Pola peran hubungan dengan orang lain :
- C. Pola Seksual
- D. Pola mekanisme koping
- E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;
- a. Status mental/emosional :
 - b. Pola komunikasi :
 - c. Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

.....

.....

.....

.....

.....

10. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Keadaan umum :

.....

.

.....

.....

.....

- b. Tanda – tanda vital :

.....

.....

.....

.....

- c. Pemeriksaan kepala dan leher :

.....

.....

d. Pemeriksaan integumen :

.....

.....

.....

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

Perkusi :

.....

Auskultasi :

.....

f. Pemeriksaan payudara :

.....

.....

.....

g. Abdomen :

Inspeksi :

.....

Auskultasi :

.....

Perkusi :

.....

Palpasi :

.....

h. Genetalia :

.....

.....

i. Ekstremitas :

.....

.....

.....

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

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

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

.....

.....

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

.....

.....

Trenggalek,

Pembimbing

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

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

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

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

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

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

EVALUASI

NAMA

:

UMUR

:

NO. REG.

:

RUANG

:

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Lampiran 5 Lembar Konsultasi



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Anita Citra Ningtyas

NIM : P17240221017

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

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

NO	Hari, Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Senin, 20 Januari 2025	- Konsul judul penelitian - Penelitian dengan batasan masalah pada klien stroke dengan DM	
2.	Selasa, 21 Januari 2025	Revisi bab 1 - Mencari literatur yang terbaru - Menambahkan cover depan	
3.	Rabu, 22 Januari 2025	Lanjutkan Bab 2 dan 3 - Revisi sesuai masukan - Merapikan tata letak penulisan - Huruf dalam tabel font 10 - Mengecek dan mengurutkan daftar pustaka pada bab 1,2,3 - Membenahi waktu penelitian yang	

		akan dilakukan.	
4.	Jum'at, 24 Januari 2025	- Lengkapi cek pustaka yang digunakan - Cari literatur terbaru tentang penatalaksanaan CVA - Lengkapi proposal : daftar isi, persetujuan, daftar singkatan dll	
5.	Kamis, 30 Januari 2025	- Revisi sesuai masukan - Lembar Informed Consent sama dengan persetujuan pilih salah satu yang digunakan - Membenahi penulisan bahasa asing menggunakan huruf miring	
		- ACC ujian proposal - Persiapkan	
6.	Jum'at, 31 Januari 2025	- Konsul PPT	
		- ACC PPT	
7.	Selasa, 25 Februari 2025	- Membenahi space penulisan - Mengecek kembali sumber daftar pustaka - Bab 1 pada batasan masalah lebih dibatasi lagi pada kriteria penyakit yang akan diambil - Huruf asing dicetak miring - Bab 2 pada patofisiologi diganti dari buku patofisiologi - Bab 3 pada batasan istilah dibenahi	

		lebih dispesifikkan sesuai dengan tujuan penulisan peneliti - Bab 3 pada partisipan disesuaikan dengan kriteria pada batasan masalah	
8.	Rabu, 26 Februari 2025	- Mengecek kembali sumber daftar pustaka - ACC Proposal KTI	A
9.	Senin, 28 April 2025	- Revisi kata pengantar - Membenahi space daftar isi - Bab 3 membenahi waktu penelitian sesuai surat penelitian - Analisa data askep - Bab 4 pada pembahasan analisis teori yang digunakan disesuaikan dengan bab 2	A
10.	Selasa, 29 April 2025	- Revisi Abstrak - Membenahi space penulisan	A
11.	Jumat, 02 Mei 2025	- ACC maju sidang hasil KTI - Konsul PPT - ACC PPT	A
12.	Rabu, 14 Mei 2025	- Revisi lembar pengesahan - Penulisan abstrak disesuaikan dengan buku panduan yang terbaru - Bab 4 pada pembahasan acuannya adalah naalisis fakta, teori harus sinkron.	A
13.	Jum'at, 23 Mei 2025	- ACC KTI	A



LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG

Nama : Anita Citra Ningtyas
 NIM : P17240221017
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (*Cerebro Vascular Accident*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek
 Nama Penguji : Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep

NO	Hari, Tanggal	Rekomendasi Penguji	TTD Penguji
1.	Selasa, 25 Februari 2025	Revisi Bab 1 - Batasan masalah lebih dibatasi lagi pada kriteria penyakit yang akan diambil - Merapikan spasi tulisan - Mengecek kembali sumber disesuaikan dengan daftar pustaka Revisi Bab 3 - Partisipan lebih di spesifikkan	
2.	Rabu, 26 Februari 2025	- Membenarkan NIP penguji - ACC proposal KTI	
3.	Rabu, 14 Mei 2025	- Memperbaiki penulisan pada lembar pengesahan, kata pengantar	

		- Revisi abstrak sesuai masukan - Merapikan spasi tulisan - Bab 2 teori yang digunakan diganti dengan yang terbaru - Menganalisis kembali hasil kesenjangan antara teori dan fakta	
4.	Jum'at, 23 Mei 2025	- Revisi bab 4 bagian kepala sesuaikan dengan teori - Revisi bab 5 bagian saran sesuaikan dengan bagian manfaat praktis - ACC KTI	