

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CVA DI UNIT
STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH



**TASYA DWI ANANTA
(P17240223061)**

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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Tasya Dwi Ananta
Tempat tanggal lahir : Blitar, 2 September 2004
Agama : Islam
Alamat : RT/W 01/08 Dusun Gendong, Desa
Purworejo, Kecamatan Sanankulon,
Kabupaten Blitar, Jawa Timur



Handphone : 089513872587
Email : tasyaananta29@gmail.com

Riwayat Pendidikan:

1. TK Al Hidayah Purworejo lulus tahun 2010
2. MI Roudlotut Tholibin Purworejo lulus tahun 2016
3. SMP Negeri 1 Sanankulon Blitar lulus tahun 2019
4. SMK Indonesia Putera Kesehatan Kota Blitar lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan
Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tasya Dwi Ananta

NIM : P17240223061

Program Studi : Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

Mengetahui,

Trenggalek, 31 Januari 2025

Pembimbing



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

Yang membuat pernyataan



Tasya Dwi Ananta
NIM: P17240223061

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tasya Dwi Ananta (P17240223061) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD
dr.Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Trenggalek, 11 April 2025

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tasya Dwi Ananta (P17240223061) dengan judul
**"Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD
dr. Soedomo Trenggalek"**, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 10
Juni 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

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

Anggota Penguji

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

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

MOTTO

“Apapun, kecil atau besar kamu adalah dirimu”

-방탄

PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbil Allamin, Karya ini merupakan bentuk rasa syukur saya kepada Allah SWT karena telah memberikan nikmat karunia pertolongan yang tiada henti hingga saat ini.

Karya ini saya persembahkan sebagai tanda bukti sayang dan cinta yang tiada terhingga kepada kedua Orang Tua tercinta, Bapak Samsul Badi dan teristimewa Ibu Ika Riswati yang telah melahirkan, merawat, membimbing, dan melindungi dengan tulus serta penuh keikhlasan, mencurahkan segala kasih sayang dan cintanya, serta yang senantiasa mendoakan, dan memberika semangat dan juga dukungan sepenuh hati.

Karya ini juga saya persembahkan kepada seluruh keluarga tercinta yaitu abang, kakak dan keponakan yang selalu menjadi penyemangat terbaik, selalu memberikan semangat dan dukungan baik moril maupun material. Tak lupa dipersembahkan kepada seseorang yang Namanya tidak bisa penulis sebutkan, seseorang yang memberikan cukup motivasi untuk terus maju dan berproses untuk menjadi pribadi yang lebih baik,dewasa dan menjadi lebih memahami setiap kesulitan pasti ada kemudahan dan untuk diri sendiri, terima kasih telah bertahan sejauh ini, dan tidak pernah berhenti berusaha dan berdoa untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

KATA PENGANTAR

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

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

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

yang telah memberikan masukan yang mmbangun dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah.

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

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

Trenggalek,

2025

Penulis

ABSTRAK

Tasya Dwi Ananta (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebro Vaskular Accident di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Ns. Ixora, S. Kep., M. Kep

CVA (*Cerebro Vascular Accident*) adalah kerusakan fungsi otak yang muncul secara mendadak disebabkan gangguan aliran darah ke otak. Tujuan penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Cerebro Vascular Accident di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode pengambilan data digunakan studi kasus dengan cara melakukan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan analisis secara mendalam. Partisipan penelitian ini berjumlah satu klien mengalami CVA *infark* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta. Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik, dan syaraf kranial. Masalah keperawatan muncul yaitu Resiko Gangguan perfusi jaringan serebral, Gangguan mobilitas fisik, Gangguan Komunikasi Verbal. Intervensi disusun berdasarkan teori kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur dirumahsakit. Implementasi keperawatan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil maksimal dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian. Peneliti menyimpulkan bahwa klien stroke harus menerapkan pola hidup sehat dan memerlukan perawatan khusus demi terciptanya kesembuhan secara optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, CVA, Klien

ABSTRACT

Tasya Dwi Ananta (2025). *Nursing Care for Client with Accident Cerebro Vascular at Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Scientific Writing Case Study, DIII Nursing Study Program Trenggalek, Nursing Department, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Supervisor : Ns. Ixora, S. Kep., M. Kep

CVA (Cerebro Vascular Accident) is a brain function disorder that occurs suddenly due to impaired blood flow to the brain. The purpose of this study is to provide comprehensive nursing care to clients with CVA Infark in the Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The method used in this study uses qualitative descriptive with a case study approach. The data collection method used is a case study by conducting interviews, observations, physical examinations, supporting examination results and in-depth analysis. The participants in this study were one client experiencing CVA infarction with composmentis awareness without comorbidities. From the results of the study, there were gaps in theory and facts, namely nutritional and fluid patterns, cognitive and sensory perception patterns, general conditions, physical examinations, and cranial nerves. Nursing problems emerged, namely the Risk of Cerebral Tissue Perfusion Disorders, Physical Mobility Disorders, and Verbal Communication Disorders. Interventions were arranged based on existing literature theories and referred to standard operating procedures in hospitals. The implementation of nursing was adjusted to the needs and conditions of the client. Evaluation using SOAP progress notes made it easier to monitor the client development. During the three-day evaluation, the client condition began to change, although it had not yet achieved maximum results with the criteria for partially resolved problems. Researchers concluded that stroke client must adopt a healthy lifestyle, and require special care in order to create optimal recovery.

Keyword : Nursing Care, CVA, Client

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
CURICULUM VITAE	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	v
PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
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.....	5

1.5 Manfaat penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi Penyakit	7
2.1.2 Klasifikasi	7
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	11
2.1.5 Komplikasi.....	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.7 Patofisiologi.....	18
2.1.8 Penatalaksanaan	21
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	25
2.2.1 Pengkajian	25
2.2.2 Analisa Data	30
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	30
2.2.4 Intervensi Keperawatan	36
2.2.5 Implementasi Keperawatan	43
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	45
3.1 Rancangan Penelitian	45
3.2 Batasan Istilah	46
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	46
3.3.1 Lokasi.....	46
3.3.2 Waktu Penelitian	46

3.4 Partisipan	46
3.5 Pengumpulan Data	47
3.5.1 Bahan/Instrumen	47
3.5.2 Metode Pengumpulan Data	47
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data	47
3.6 Uji Keabsahan Data.....	49
3.6.1 Credibility(kepercayaan)	49
3.6.2 Transferability (keterallhan)	50
3.6.3 Dependability (kebergantungan)	50
3.6.4 Confirmability (kepastian).....	50
3.7 Analisa Data	51
3.8 Etika Penelitian.....	51
3.8.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responded)	51
3.8.2 Confidentially (Kerahasiaan).....	52
3.8.3 Anonymity (Tanpa Nama).....	52
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	53
4.1 Hasil	53
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	53
4.1.2 Pengkajian.....	54
4.1.3 Analisa Data	64
4.1.5 Diagnosa Keperawatan	66
4.1.6 Intervensi	68
4.1.7 Implementasi	72
4.1.8 Evaluasi.....	73

4.1.9 Catatan Perkembangan.....	76
4.1.10 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	81
4.2 Pembahasan.....	97
4.2.1 Pengkajian.....	97
4.2.2 Diagnosa	108
4.2.3 Intervensi	109
4.2.4 Implementasi	110
4.2.5 Evaluasi.....	111
BAB 5 PENUTUP	113
5.1 Kesimpulan	113
5.1.1 Pengkajian	113
5.1.2 Diagnosa	113
5.1.3 Intervensi	114
5.1.4 Implementasi	114
5.1.5 Evaluasi.....	115
5.1.6 Fakta dan Teori.....	115
5.2 Saran.....	116
5.2.1 Bagi lahan penelitian.....	116
5.2.2 Bagi institusi.....	117
5.2.3 Bagi peneliti sebelumnya.....	Error! Bookmark not defined.
5.2.4 Bagi pasien	Error! Bookmark not defined.
5.2.5 Bagi penulis	117
DAFTAR PUSTAKA	118
LAMPIRAN	123

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan (Inform Consent).....	121
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	122
Lampiran 3 Surat penelitian akademik	123
Lampiran 4 Surat penelitian rumah sakit	124
Lampiran 5 Konsultasi Karya Tulis Ilmiah.....	125
Lampiran 6 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.....	128

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Identitas Umum	54
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit.....	54
Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari Hari	55
Tabel 4. 4 Konsep Diri.....	56
Tabel 4. 5 Pola Sensori	57
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik	58
Tabel 4. 7 Pemeriksaan Lab	61
Tabel 4. 8 Terapi Obat	63
Tabel 4. 9 Analisa Data.....	64
Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan	65
Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan.....	71
Tabel 4. 13 Evaluasi Keperawatan	73
Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan	75
Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	17
Gambar 4.1 Genogram.....	53

DAFTAR ISTILAH

- Dekubitus : Luka tekanan akibat berbaring lama
- Hipoksia : Kondisi Dimana kadar oksigen didalam tubuh menurun
- Aterosklerosis : Penyumbatan di arteri yang disebabkan oleh penumpukan lemak
Dan lilin (plak) dan bukan oleh penebalan arteri.
- Disfasia : Gangguan komunikasi
- Afasia : Kesulitan dalam bicara
- Disartria : Bicara lambat atau tidak jelas
- Disfagia : Kesulitan menelan
- Bladder : Kandung kemih
- Hemiplegia : Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh
- hemiparese : Kelemahan fisik

DAFTAR SINGKATAN

TIA	: Transien Iskemic Attack
RIND	: Reversible Ischemic Neurologic Difisit
CVA	: Cerebro Vaskuler Accident
CT-Scan	: Computerized Tomografi Scanning
MRI	:Magnetic Resonance Imagine
ADL	:Activity of Daily Living
MAP	:Mean Arteri Blood Plessure
ROM	: Range Of Motion
rt-PA	:Recombinant Tissue Plasminogen Actrivator
GCS	: Glasgow Coma Scale
TIK	: Tekanan Intra Kranial
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan CVA(Cerebral vascular accident) merupakan tindakan yang digunakan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif yaitu meliputi pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penyakit CVA (Cerebral vascular accident) merupakan salah satu masalah Kesehatan yang utama bagi Masyarakat modern saat ini bahkan hampir diseluruh dunia CVA menjadi masalah yang serius. Hal tersebut terjadi karena serangan stroke yang mendadak dapat mengakibatkan kematian, cacatan fisik, dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut (Junaidi, 2016). CVA atau disebut stroke terbagi menjadi dua yaitu CVA iskemik atau non hemoragic dan CVA Hemoragic. CVA Non Hemoragic atau CVA iskemik adalah jenis CVA yang paling umum. Sekitar 88% pasien menderita CVA Non Hemoragic atau stroke iskemik. Pada CVA Non Hemoragic terjadi iskemia pada jaringan otak akibat dari sumbatan atau penurunan aliran darah dan oksigen ke otak (Candra, 2020). Defisit pengetahuan pasien CVA tentang faktor risiko dan cara pencegahan sekunder penyakit ini menjadi masalah utama. Faktor risiko CVA meliputi gaya hidup tidak sehat, hipertensi, dan diabetes mellitus (Zeng et al., 2015). Pengetahuan pasien yang rendah tentang faktor risiko menjadi penyebab tidak taatnya pasien terhadap pengetahuan. Selain itu, defisit pengetahuan tentang tanda peringatan CVA juga menyebabkan pasien terlambat mencari pertolongan ketika mendapat serangan CVA (Hafsteinsdottir, 2015).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa, pada tahun 2018 sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia mengalami CVA, sementara penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus dari jumlah CVA di dunia. Berdasarkan prevalensi stroke, di Indonesia setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk terkena CVA, dan sekitar 25% orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan. Sebesar 14,5% angka kejadian stroke meningkat dengan tajam di Indonesia, bahkan saat ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita CVA terbesar di Asia (Kemenkes R. , 2018). Menurut WHO 2018 Indonesia menduduki peringkat pertama sebagai negara dengan penduduk terbanyak yang mengalami CVA di seluruh Asia. Prevalensi CVA di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemkes, 2022). Sedangkan di Provinsi Jawa Timur angka penderita mencapai 36,32% dengan angka kematian 1 per 20 dari pada tingkat rehabilitasi maupun kesembuhannya, jika ditinjau dari gejalanya ada sekitar 10,5% dari 302.987 penduduk di Indonesia, serta 39,4% mengalami kecacatan permanen dan 38,7% dapat disembuhkan secara berkala (Kemenkes R., 2018). Data dari bidang pengendalian dan pelaporan menunjukkan pada tahun 2017 RSUD dr Soedomo Trenggalek merawat 1.247 pasien, pada tahun 2018 merawat 1.470, pada tahun 2019 merawat 1.670 pasien, pada tahun 2020 merawat 929 pasien, pada tahun 2021 merawat 379 pasien, pada tahun 2022 merawat 775 pasien dan pada tahun 2023 merawat 1.565 pasien (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2023).

Jenis CVA, yaitu CVA hemoragik dan CVA non hemoragik. CVA hemoragik disebabkan oleh perdarahan pada jaringan otak. Sedangkan CVA non haemorrhagic disebabkan adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah, baik sumbatan itu karena trombosis atau embolik dibagian otak (Black & Hawks, 2015 dalam Irfan, 2016). CVA dapat memberikan dampak berupa gangguan gerak pada penderitanya, yaitu berupa ke lumpuhan sebelah badan (hemiplegia). Hemiplegia merupakan penyebab kecacatan jangka panjang utama pada pasien CVA, sehingga hal ini dapat mempengaruhi seluruh aktivitas pada penderita (Andaka, 2015 dalam Rizki, 2016). Pada penderita post CVA biasanya meninggalkan gejala-gejala sisa seperti kelemahan, hal ini akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional seseorang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Masalah meningkatnya angka kejadian pasien stroke karena kurangnya dukungan dari anggota keluarga. Oleh karena itu dukungan berasal dari anggota keluarga (suami, istri, anak, saudara kandung dan orang tua pasien) dengan menjadi pendengar yang baik, penuh kasih sayang, tidak menghakimi, memotivasi munculnya kekuatan keluarga, partisipasi dan keterlibatan dalam proses perubahan dan penyembuhan penyakit sehingga individu yang diberikan dukungan merasakan bahwa dirinya diperhatikan, dihargai, mendapatkan bantuan dari orang-orang yang berarti serta memiliki ikatan keluarga yang kuat dengan anggota keluarga yang lain (Muhardiani, Mardjan, & Abrori, 2015). Masalah kesiapan coping keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita post CVA membutuhkan peran perawat dalam mengatasi permasalahan tersebut dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui tindakan keperawatan yang ada yaitu

dukungan keluarga dan peningkatan coping yang dapat dilakukan dengan dukungan keluarga membantu anggota keluarga untuk mendukung klien dalam memenuhi kebutuhan sendiri dalam kemampuan atau kendala penyakit / situasi dan penerapan pada peningkatan coping yaitu dengan mendukung keterlibatan keluarga dengan cara yang tepat.

Penatalaksanaan CVA yang tepat dan maksimal mengurangi dampak kecacatan dan kematian melalui metode farmakologis dan non farmakologis (Brunner & Suddart, 2015). Terapi obat melibatkan pengobatan dengan obat-obatan atau senyawa yang dapat mempengaruhi tekanan darah orang yang terkena, sedangkan terapi non-obat tidak mencakup penggunaan obat-obatan. Penderita CVA sebaiknya diberikan antidiuretik untuk mengurangi edema serebral, antikoagulan untuk menghindari perburukan trombosis dan emboli kardiovaskular, serta trombosis yang dianjurkan oleh dokter. ROM merupakan latihan gerakan sendi normal untuk meningkatkan tonus otot (Anggriani, 2018). Terapi nonfarmakologis pada pasien CVA non-hemoragic terdiri dari mobilitas aktif dan rentang gerak pasif (ROM) (Hermina et al., 2016). Rehabilitasi dimulai sesegera mungkin, cepat dan akurat, dengan tujuan mengurangi kecacatan fisik para korban, berkontribusi pada pemulihan fisik yang cepat dan memadai serta menghindari kelemahan otot. Melakukan latihan ROM secara perlahan untuk mencegah memburuknya kelemahan otot dapat membantu pasien menyembuhkan kelemahan otot. Oleh karena itu, meningkatkan pengobatan secara bertahap dapat membantu mencegah perasaan putus asa. Otot yang terkena CVA non-perdarahan dapat membaik berkat latihan ROM (Nurazizah, 2020).

1.2 Batasan Masalah

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

“Asuhan Keperawatan pada klien Stroke dengan tingkat kesadaran composmentis, tanpa penyakit penyerta di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA di unit stroke RSUD dr. soedomo trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien CVA di unit stroke RSUD dr. soedomo trenggalek

1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Melakukan pengkajian masalah kesehatan pada pasien CVA di unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien CVA di unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Menyusun rencana tindakan (intervensi) yang tepat pada pasien CVA di unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

- 4) Melaksanakan tindakan (implementasi) CVA pada pasien di unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada pasien CVA di unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Menganalisa antara fakta dan teori pada pasien CVA di unit stroke RSUD dr. soedmo Trenggalek

1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Bagi Pasien

Diharapkan dengan meningkatnya pengetahuan secara tepat sesuai dengan kondisi pasien, pasien bisa menerapkan apa yang sudah perawat ajarkan atau berikan, dan bisa mengubah gaya hidup sehat.

1.5.2 Bagi Profesi Keperawatan

Manfaat bagi profesi perawat adalah hasil literature riview ini dapat dijadikan acuan bagi perawat dan dapat memberikan masukan mengenai asuhan keperawatan pasien CVA dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan.

1.5.3 Bagi Institusi Keperawatan

Menambah referensi sebagai saran untuk memperkaya ilmu pengetahuan, dan informasi bagi penulis studi kasus selanjutnya.

1.5.4 Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada klien dengan CVA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Penyakit

CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah penyakit gangguan dalam suplai darah ke otak secara mendadak dan tidak dapat diduga sebagai akibat oklusi pembuluh darah parsial atau total, atau akibat pecahnya pembuluh darah otak. CVA (Cerebro Vaskuler Accident) merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak yang dapat disebabkan terjadi oleh gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi sewaktu waktu pada siapa saja dan kapan saja. CVA (Cerebro Vaskuler Accident) merupakan penyakit yang menyebabkan kecacatan seperti kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagaimana dari akibat gangguan fungsi otak (Mutaqin, 2015).

2.1.2 Klasifikasi

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

1) CVA Hemoragic

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan terjadi ketika banyak aktifitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya

biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun. Ada beberapa *CVA hemoragic* menurut Banjar (2022) sebagai berikut :

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

2) *CVA Infark*

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

- a) Pada CVA infark atau iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- b) *Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- c) *Emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- d) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.

e) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

1) CVA berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (*Transien Iskemic Attack*)

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

b) CVA Involusi

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

c) CVA Komplet

Kondisi CVA yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena Transien Iskemik Attac yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Beberapa faktor penyebab CVA menurut Nurarif dan Kusuma (2015) :

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

a) Jenis kelamin

b) Usia

c) Keturunan

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

a) Hipertensi

- b) Penyakit jantung
 - c) Kolesterol tinggi
 - d) Obesitas
 - e) Diabetes Melitus
 - f) Polisitemia
 - g) Stress emosional
- 3) Kebiasaan hidup
- a) Merokok
 - b) Peminum alcohol
 - c) Obat-obatan terlarang
 - d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

Etiologi berdasarkan klasifikasi CVA ada 2 yaitu :

1) Etiologi CVA Hemoragik

Etiologi dari CVA Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan Pecahnya aneurisma pembuluh darah otak (Awan Hariyanto, 2015)

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari CVA iskemik atau CVA non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, Timbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri (Nugrahani, 2018). Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

a) Timbulnya Thrombosis

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

b) Timbulnya Emboli

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

c) Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh

darah mengalami degeneratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis CVA (Cerebro Vaskuler Accident) bergantung pada arteri serebral yang terkena, fungsi otak dikendalikan atau diperantarai oleh bagian otak yang terkena, keparahan kerusakan serta ukuran daerah otak yang terkena selain bergantung pula pada derajat sirkulasi kolateral (Menurut Oktavianus (2015) manifestasi klinis CVA sebagai berikut:

1) CVA (Cerebro Vaskuler Accident) iskemik Tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

a) Transient ischemic attack (TIA) Timbul hanya sebentar selama.

- b) beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud sama, memperberat atau malah menetap.
 - c) Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND) Gejala timbul lebih dari 24 jam. 19
 - d) Progressing CVA (Cerebro Vaskuler Accident) atau CVA (Cerebro Vaskuler Accident) in evolution Gejala makin lama makin berat (progresif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat
 - e) Sudah menetap atau permanen
- 2) CVA (Cerebro Vaskuler Accident) hemoragik Tanda dan gejala yang muncul sangat tergantung dengan daerah otak yang terkena.
- a) Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi
 - b) Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori
 - c) Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan
 - d) Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual. CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dapat mempengaruhi fungsi tubuh. Adapun beberapa gangguan yang dialami pasien yaitu:
 - a. Pengaruh terhadap status mental: tidak sadar, confuse

- b. Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguan sentuhan dan sensasi, gangguan penglihatan, hemiplegi (lumpuh tubuh sebelah)
- c. Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartria (bicara tidak jelas).²⁰ Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) hemoragik dapat mengalami trias TIK yang mengindikasikan adanya peningkatan volume di dalam kepala. Trias TIK yaitu muntah proyektil, pusing dan pupil edema.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi pada Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya cedera, embolisme (Sudoyo, 2016).

CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dapat mengakibatkan kondisi cacat sementara atau permanen, ditinjau dari berapa lama otak kekurangan aliran darah dan daerah yang terserang (Sriwidyastuti, 2016). Terbagi menjadi 2 komplikasi:

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena pendarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah.

Dekubitus Sehingga pada pasien dengan CVA keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

b) Edema serebri

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

c) Peningkatan Intrakranial (TIK)

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

d) Aspirasi

Pasien CVA (Cerebro Vaskuler Accident) dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflex batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti peunomonia,

dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, inkontinensia urin dan bowel.

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

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

1) Angiografi serebral

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

2) Elektro encefalography

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

3) Sinar X tengkorak

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

4) Ultrasonography Doppler

Optikus yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina menurun dan kemampuan retina untuk menangkap obyek atau bayangan juga menurun sehingga menimbulkan terjadinya kebutaan. Keadaan ini juga dapat menimbulkan masalah keperawatan Resiko Jatuh. Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah pada sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

5) CT-Scan

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

6) Magnetic Resonance Imagine (MRI)

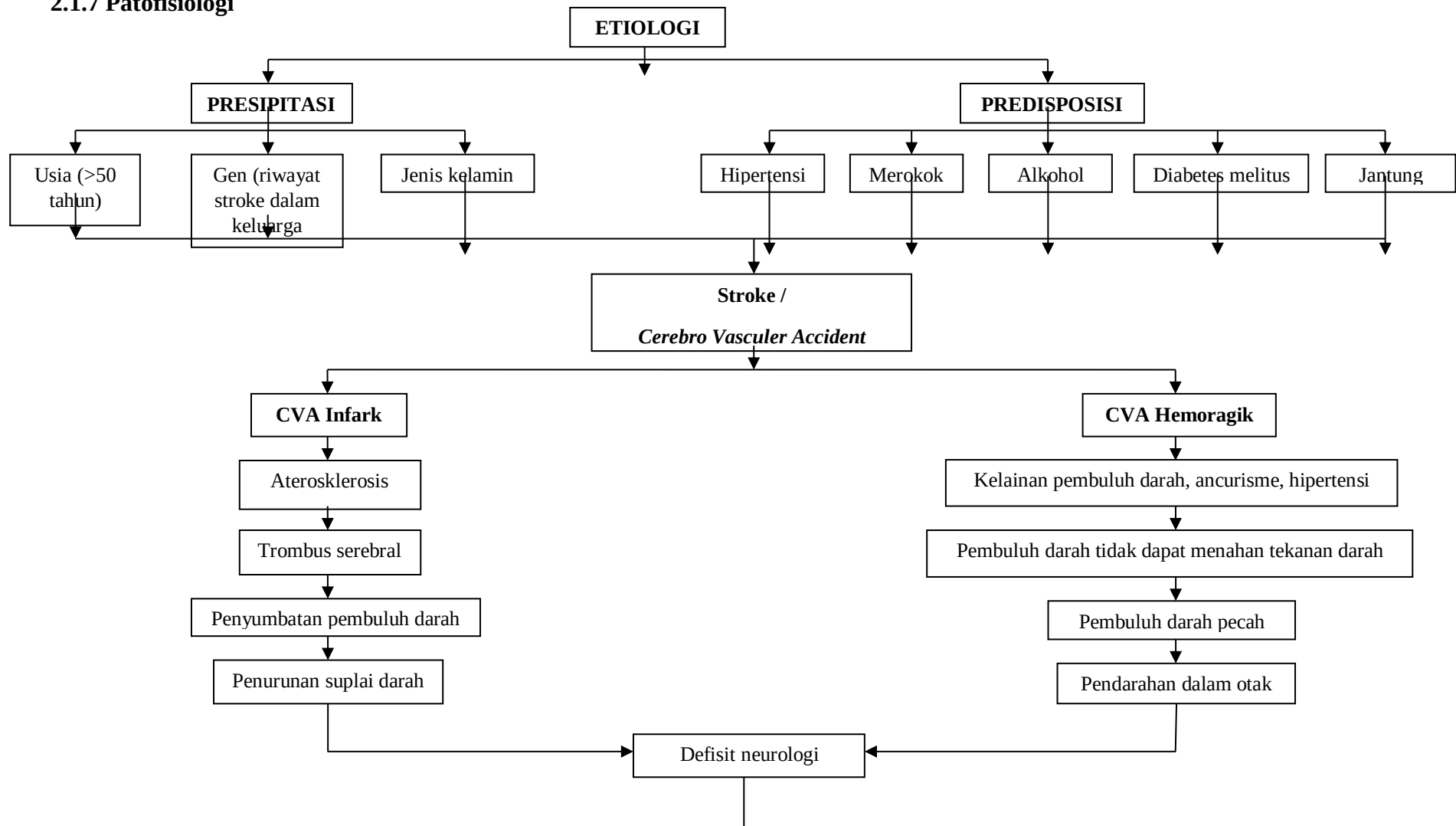
Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli dan TIK, tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnoid atau perdarahan intrakranial. Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik (Oktavianus, 2015). MRI lebih sensitif dalam mendeteksi infark terutama yang berlokasi dibantang otak dan serebrum

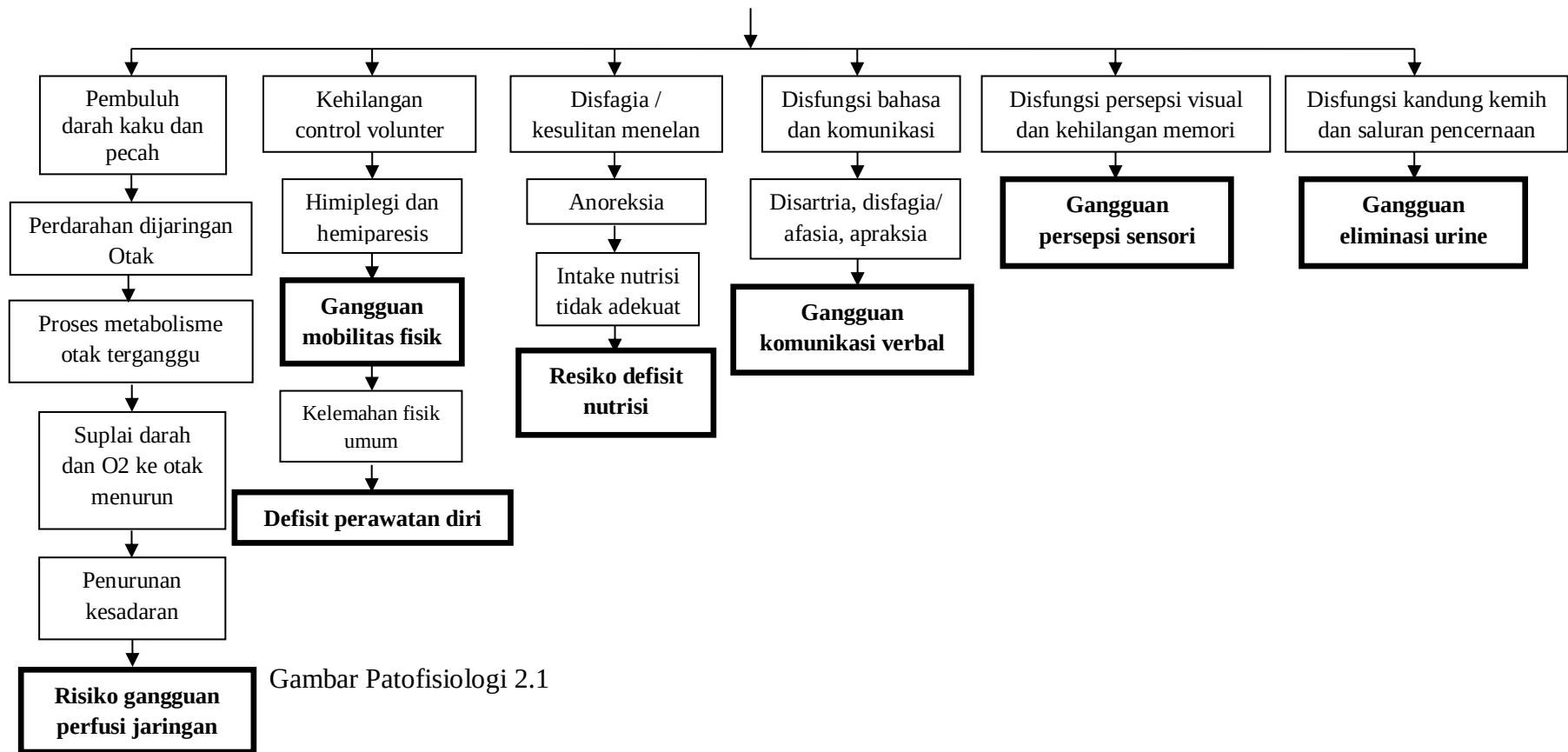
7) Pemeriksaan foto thorax

Memperlihatkan apakah pada jantung terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita

CVA (Cerebro Vaskuler Accident), menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas.

2.1.7 Patofisiologi





Gambar Patofisiologi 2.1

Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Stroke ada dua jenis yaitu Stroke infark dan Stroke Hemoragic

Faktor terjadinya Stroke infark 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 Stroke 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 risiko 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 sehingga dapat menimbulkan gangguan mobilitas fisik yang dapat mengakibatkan 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 defisit 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.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Setyopranoto (2016), penatalaksanaan Pasien dengan CVA adalah sebagai berikut:

1) Penatalaksanaan umum

a) Fase akut

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

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

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

9) Apabila terjadi kejang berikan diazepam 5-20 mg IV pelan pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral. Jika kejang muncul setelah 2 minggu berikan antikonvulsan per oral jangka panjang.

10) Apabila didapatkan tekanan intrakranial meningkat, berikan manitol 0,25-1 g/kgBB per 0 menit dan jika diuragai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, lanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.

b) Fase rehabilitas

- a. Pertahankan nutrisi adekuat.
- b. Program manajemen Bladder dan Bowel.
- c. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi ROM (Range Of Motion).
- d. Pertahankan integritas kulit.
- e. Pertahankan komunikasi yang efektif.
- f. Pemenuhan dalam kebutuhan sehari-hari.
- g. Persiapan Pasien pulang.

c) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum yang diameternya lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau

pemasangan pintasan entrikulo peritoneal apabila ada hidrocefalus obstruksi akut.

2) Penatalaksanaan medis

Terapi farmakologis

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

Terapi farmakologi yang digunakan pada Pasien dengan CVA adalah:

a) Fibrinolitik/trombolitik (rt-PA)

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

b) Antikoagulan

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

c) Antiplatelet

Golongan obat ini digunakan untuk pencegahan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

d) Antihipertensi

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

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses melakukan pemeriksaan/penyelidikan yang dilakukan oleh perawat untuk mempelajari keadaan pasien sebagai langkah awal yang akan dijadikan dasar pengambilan keputusan klinik keperawatan (Rohmah, 2019).

- 1) Identitas Meliputi nama, umur (semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. Setelah berusia 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena stroke dari pada wanita, resiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga

kemungkinan meninggal lebih besar), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis (Wijaya & Putri, 2013)

- 2) Keluhan utama Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan pasien stroke terjadi dua hal yaitu stroke hemoragik dan non hemoragik. Stroke hemoragik biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intracranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada stroke Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflex, afasia (gangguan komunikasi), difasia(memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar (Rhestifujiyani, 2015).
- 3) Riwayat penyakit sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2015).
- 4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, Riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat

antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat-obatadiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alcohol (Muttaqin, 2015).

5) Riwayat kesehatan keluarga Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena factor genetic/keturunan.

6) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik

(1) Aktifitas/istirahat

- (a) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia)
- (b) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)

(2) Sirkulasi

- (a) Adanya penyakit jantung (reumatik atau penyakit jantung vascular, endocarditis, polisitemia, riwayat hipotensi postural)
- (b) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme atau malformasi vaskuler
- (c) Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi

(3) Eliminasi

- (a) Perubahan pola berkemih seperti : inkontensia urin, anuria
- (b) Distensi abdomen, bising usus (-)

(4) Makanan / cairan

- (a) Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut atau peningkatan TIK
- (b) Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi dan tengkorak)
- (c) Disfagia, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah
- (d) Kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas

(5) Neurosensori

- (a) Adanya sinkope atau pusing, sakit kepala berat
- (b) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati/ lumpuh
- (c) Penglihatan menurun : buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia)
- (d) Sentuhan : hilangnya rangsangan sensoria da sisi tubuh yang berlawanan atau pada ekstremitas dan kadang pada ipsilateral satu sisi pada wajah
- (e) Gangguan rasa pengecap dan penciuman
- (f) Gangguan fungsi kognitif : penurunan memori

(g) Ekstremitas : kelemahan atau paralise (kontralateral), tidak dapat menggenggam reflek tendon melemah secara kontralateral

b) Pemeriksaan head to toe

(1) Kepala Kulit kepala :

a) Kepala, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi

b) Mata, penglihatan adanya kekaburan akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (nervus IV) dan gangguan dalam menggerakkan bola mata kelateral (nervus VI)

(2) Mulut, adanya gangguan pengecap (lidah) akibat kerusakan nervus vagus adanya kesulitan dalam menelan

(3) Dada

(a) Paru-paru Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, ataupun wheezing, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleksi batuk dan menelan.

(b) Jantung Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg)

- (4) Abdomen Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.
- (5) Ekstremitas : didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparasis atau kelemahan salah satu sisitubuh adalah tanda yang lain.

2.2.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Mahyar, 2016). Data yang ada kemudian akan dikumpulkan serta dikelompokkan sesuai dengan masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnisa keperawatan.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

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

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

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Tumor otak
- f) Stenosis karotis
- g) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- h) Dilatasi kardiomiopati
- i) Embolisme
- j) Cedera kepala
- k) Hiperkolesteronemia
- l) Hipertensi
- m) Endokarditis infeksi
- n) Katup prostetik mekanis
- o) Neoplasma otak
- p) Infark miokard akut
- q) Penyalahgunaan zat
- r) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

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

(PPNI, 2017).

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

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

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

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

Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

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

(PPNI, 2017).

5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih.

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

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin

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

(PPNI, 2017).

6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

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

Penyebab :

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

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

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

(PPNI, 2017).

7) Gangguan persepsi sensori

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

Penyebab :

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

Tabel 2. 5 Batasan karakteristik Gangguan persepsi sensori

Tanda dan gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra peraba	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah olah melihat, mendengar, mencium. Meraba sesuatu
Minor	1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Berorientasi waktu, tempat,

	orang	atau
	sesuatu	
5.	Curiga	
6.	Melihat ke satu	
	arah	
7.	Mondar mandir	
8.	Bicara sendiri	

2.2.4 Intervensi Keperawatan

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

Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI

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

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

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

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

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

6	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 9. Kelemahan fisik Menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
7	Gangguan Persepsi sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan persepsi sensori membaik (L.09083) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5)	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 4. Pertahankan lingkungan yang aman	1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)

3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun (5)	5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)	6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi
4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun (5)	6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi
5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun (5)	7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
6. Distorsi sensori menurun (5)	Edukasi	9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
7. Perilaku halusinasi menurun (5)	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)
8. Respons sesuai stimulus membaik (5)	9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)	12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	
	Kolaborasi	
	12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan. keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

- 1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (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 kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.

- 4) P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi, dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisa data.

3.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan sebuah rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian ini mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2013).

Studi kasus atau case study adalah bagian dari metode kualitatif yang mendalami suatu kasus tertentu secara lebih mendalam dengan melibatkan pengumpulan beraneka sumber informasi (Semiawan. 2010). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode deskriptif kualitatif yang proses pengumpulan datanya meliputi wawancara, observasi secara langsung, dan kajian dokumentasi.

Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien CVA secara komprehensif dan menyeluruh, serta mengevaluasi masalah asuhan keperawatan CVA.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan penyajian variabel, istilah, konsep-konsep yang terkait dengan variabel yang diteliti (Setyosari, 2013). Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan Keperawatan Klien CVA. Asuhan keperawatan merupakan proses di dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien untuk memenuhi kebutuhan secara holistik sehingga mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan berdasarkan ilmu-ilmu keperawatan. Asuhan keperawatan pada klien CVA meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi

Lokasi penelitian Asuhan Keperawatan pada CVA dilaksanakan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian atau pengambilan data dalam studi kasus ini direncanakan pada 08 Mei sampai dengan 30 Mei 2025

3.4 Partisipan

Partisipan adalah klien yang mengalami CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Socdomo Kabupaten Trenggalek. Partisipan yang digunakan adalah 1 klien dengan kriteria:

- 1) Klien bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan
- 2) Klien masih dalam kesadaran penuh

- 3) Klien bisa laki-laki atau perempuan, tidak ada batasan umur.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Jenis instrumen dapat di gunakan dalam pengumpulan data adalah dokumen wawancara tersruktur berupa format asuhan keperawatan atau chek list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat, pemeriksaan laboratorium atau dokumen relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

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

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut Suryono, (2016) meliputi empat tahap yaitu:

- 1) Tahap persiapan

- a) Diterbitkannya surat ijin penelitian no DP.04.03/F.XIII. 15.5/228/2025 dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek perihal izin melaksanakan penelitian (studi kasus) dengan memenuhi protokol kesehatan.

- b) Diterbitkannya surat persetujuan penelitian no DP.04.03/F.XIII. 15.5/228/2025 dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar yang menyatakan tidak keberatan perihal izin melaksanakan rencana penelitian (studi kasus) yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melakukan penelitian.
- c) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Kepala Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Prodi 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

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

3) Tahap Pelaksanaan.

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan

dan dimulai dari pengkajian. Peneliti menyiapkan format pengkajian, bolpoint, nursing kit dan buku catatan dalam pengambilan data. Peneliti memulai proses pengambilan data dengan mengajukan pertanyaan terbuka tentang aktivitas selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan partisipan, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Pengambilan data ini membutuhkan waktu rata-rata 35 menit. Tahap pelaksanaan diakhiri dengan melakukan validasi hasil wawancara dan membuat kontrak berikutnya dengan partisipan

4) Tahap Penutup

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

3.6 Uji Keabsahan Data

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

3.6.1 Credibility(kepercayaan)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang dilakukan tidak meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan

pasien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Transferability (keterallhan)

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

3.6.3 Dependability (kebergantungan)

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

3.6.4 Confirmability (kepastian)

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

Analisa data adalah rangkaian kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematisasi, penafsiran dan verifikasi data agar sebuah fenomena memiliki nilai sosial, akademis dan ilmiah (Siyoto & Sodik, 2015). Prinsip analisis studi kasus merupakan jenis penelitian kualitatif yang diawali dengan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan (Sugiyono, 2007). Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis.

3.8 Etika Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut menurut(Nursalam, 2015)menyatakan bahwa:

3.8.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responded)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya

agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

3.8.2 Confidentially (Kerahasiaan)

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

3.8.3 Anonymity (Tanpa Nama)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

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

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4. 16 Identitas Umum

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Tn. B
b) Jenis kelamin	Laki-laki
c) Umur	63 tahun
d) Status perkawinan	Kawin
e) Pekerjaan	Tani
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMA
h) Alamat	Karangan, Kec. Karangan, Trenggalek
i) Tanggal/jam MRS	19 Mei 2025/ 20.00 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	22 Maret 2025/09.30 WIB

2) Diagnosa Medis : CVA Infark

3) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 17 Riwayat penyakit

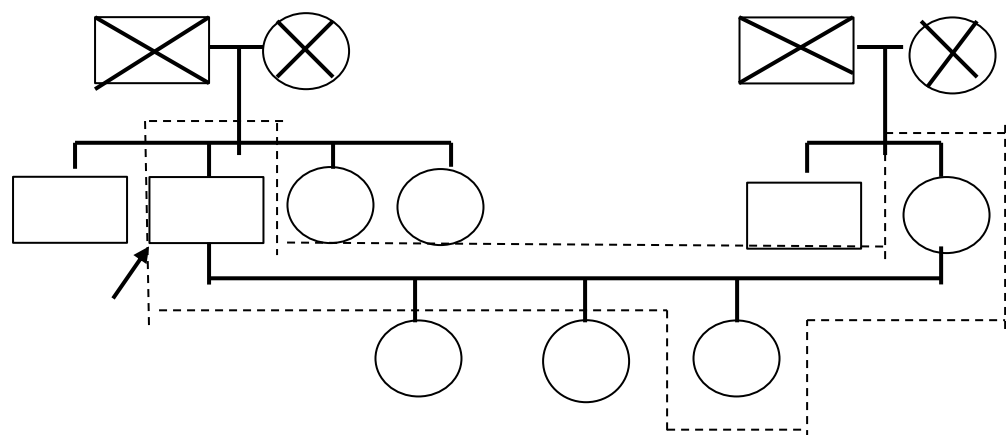
Keluhan Utama	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran (19 Mei 2025/ 20.00 WIB). Saat Pengkajian : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan (22 Mei 2025/09.30 WIB).
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan Tn. B ditemukan pingsan di kamar mandi jam 19.40 WIB. Lalu dibawa ke IGD pukul 20.00 WIB, ketika tiba di IGD Klien dengan keluhan lemas setengah badan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan , dan bicara cedal . Lalu pukul 09.00 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke.
Riwayat Penyakit Dahulu	1. Klien mengatakan pada 1 tahun yang lalu mempunyai penyakit vertigo dan dirawat dipuskesmas selama 4 hari

2. Riwayat merokok klien 1 tahun yang lalu sudah berhenti merokok
3. Jarang minum obat, minum obat ketika ada gejala

Riwayat Keluarga

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

Genogram :



Keterangan :



: Laki-laki



: Pasien



: Perempuan



: Tinggal Serumah



: Meninggal Dunia

1) Pola Sehari hari

Tabel 4. 18 Pola Aktivitas Sehari hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Pola nutrisi Makan	Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Porsi I makan dihabiskan. Tidak ada pantangan makan	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien makan bubur, klien tidak mengalami kesulitan makan.

	Minum	Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 2 liter / hari.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 500 ml 1/2 aqua tanggung.
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Klien mengatakan belum BAB saat di RS
	BAK	Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien sudah BAK 3-4 x menggunakan pempers dengan warna kuning bau khas urine
3.	Pola Istirahat/ Tidur	Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 22. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang.	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien tidur siang sekitar jam 12.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 - 05.00
4.	Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat dirumah klien mandi 2x sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keramas 2 hari sekali.	klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya disibin
5	Aktifitas	Klien menatakan ketika dirumah aktifitas sendiri, bertani	Klien mengatakan aktifitas di bantu keluarga dan perawat. Keterbatasan melakukan aktifitas hanya boleh tidur dan Rentang Gerak (ROM) Klien menurun

2) Riwayat Psikologi

a) Konsep Diri

Tabel 4. 19 Konsep Diri

Citra Diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini.
Ideal Diri	Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang di derita saat ini.
Harga Diri	Klien tampak bersemangat dan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya

Peran	Tn. B adalah seorang suami sekaligus ayah dari 3 orang anak.
Identitas Diri	Klien mengatakan ia bernama Tn. B, Laki laki, umur 63 tahun, tinggal di Karanganyar, Trenggalek

b) Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain

c) Pola Seksual

Klien merupakan seorang suami dan memiliki 3 orang anak perempuan

d) Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita ke istri dan anaknya

e) Pola persepsi sensori

Tabel 4. 20 Pola Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik
Bahasa yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Bicara klien sedikit cedal
Kemampuan membaca	Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien baik, mampu mendengar dengan jelas
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

f) Pola Keyakinan dan Nilai

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

3) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 21 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kiri. Klien berbaring di tempat tidur
b. Tanda-tanda vital	TD: 170/90 mmHg N: 74x/ menit S: 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%
c. Pemeriksaan kepala dan leher	Inspeksi: Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah tidak simetris mengalami kelemahan otot wajah sebelah kanan Palpasi: Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.
1. Kepala dan Rambut	
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada edema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur
3. Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.
5. Mulut	Bibir tidak simetris mengarah ke kanan. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembap, Klien dapat menjulurkan lidah tetapi condong ke kiri

6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid				
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembap, tidak terdapat lesi. warna kulit hitam Palpasi : Turgor kulit >3 detik, akral hangat , CRT >3 detik, suhu tubuh 36,5°C				
e. Pemeriksaan dada/ thorax					
1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup				
2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i> , pernapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostrat</i> . Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi :suara nafas vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan.				
f. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, aerola berwarna kecokelatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan				
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada <i>lesi</i> . Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdengar 8x/menit				
h. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.				
i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot <table border="1" data-bbox="954 1646 1129 1758"> <tr> <td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>5</td><td>4</td></tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan	5	4	5	4
5	4				
5	4				
j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> - <i>Trisep</i> (+) (-) - <i>Bisep</i> (+) (-)				

	- <i>Patella</i> (+) (-) <i>Reflek Patologis</i> :
	- <i>Babinski</i> (+) (-)
	- <i>Chaddock</i> (+) (-)
Kemampuan Sensorik	Sensasi Nyeri (-) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+)
Kemampuan Motorik	<i>Hemiparesis</i> pada bagian kiri
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. 2. Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kaca mata, klien dapat melihat tulisan pada dinding. 3. Okulomotorius : pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5. Trigemini : reflek berkedip klien positif 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri 7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi 8. Vestibulocochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang. 9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan. 10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan 11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan 12. Hipoglossus : klien mampu menjulurkan lidah

4) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Leb

Tabel 4. 22 Pemeriksaan LAB

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
19 Mei 2025	Darah Lengkap			
	Hemoglobin	12.0	g/dL	12.5-16.0
	Hematokrit	38.5	%	37.0-47.0
	Lekosit	7.9	$10^3/uL$	4.0-10.5
	Trombosit	241	$10^3/uL$	150-450
	Eritrosit	4.95	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV	77.7	fL	78.0-100.0
	MCH	24.2	pg	31.0-37.0
	MCHC	31.2	g/dL	37.0-54.0
	RDW	14.0	%	11.0-16.0
	PDW	16.4	fL	9.0-17.0
	MPV	8.9	fL	8.0-11.0
	Neu%	47.3	%	37.0-72.0
	Lym%	39.5	%	15.0-50.0
	Mxd%	12.2	%	0.0-14.0
	Neu#	3.9	$10^3/uL$	1.5-6.6
	Lym#	3.1	$10^3/uL$	1.5-3.5
	Mxd#	0.4	$10^3/uL$	<1.0
	Gula darah			
	Glukosa Darah	88	mg/dL	<180.0
	FAAL Ginjal			
	Ureum	32.4	mg/dL	15.0 – 45.0

	Creatinin	1.33	mg/dL	0.9 – 1.3
	eCFR	58	mg/dL	
19 Mei 2025	FAAL Hati	20.0	U/L	10.0 – 40.0
	SGOT	17.5	U/L	10.1 -55.0
	SGPT			
	Profil lipid			
		161.6	mg/dL	140 – 200
	Kolesterol	54.5	mg/dL	40- 150
	Trigliserida	45.7	mg/dL	High>=60
	HDL			Low<=40
	kolesterol			Optimal < 100
		77.1	Mg/dL	
	FAAL Ginjal			
	Asam Urat	4.5	Mg/dL	3.5-7.2

b) CT Scan Tanpa Kontras

Tanggal 19 Mei 2025

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

- 1) Tampak lesi hipodense batas tidak tegas di capsula interna kiri
- 2) Sulci dan gyri normal
- 3) Sistem ventrikel dan cisterna normal
- 4) Pors dan cerebellum normal
- 5) Tak tampak kalsifikasi abnormal
- 6) Tak tampak devid midline
- 7) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan

- 8) Calvaria normal
- 9) Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik

Kesan

- 1) Acute infark di capsula interna kiri

c) Pemeriksaan EKG

Vent. Rate	50 bpm	Synus rhythm
PR interval	173ms	
QRS Duration	73 ms	
QT/QTc Interval	408/391 ms	
P/QRS/T Aes	-24/15/31 deg	

5) Penelaksanaan Terapi

Tabel 4. 23 Terapi Obat

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
22 Mei 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg	Intravena Intravena
23 Mei 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg CPG 1x1 75mg	Intravena Intravena Oral
24 Mei 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg CPG 1x1 75 mg	Intravena Intravena Oral

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 24 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : 1. Klien mengatakan badan lemas Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 3. Akral teraba hangat 4. CRT < 3 detik 5. Turgor kulit < 3 detik 6. TTV TD : 170/90 mmHg N : 74x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. <i>Acute infark di capsula interna kiri</i>	Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif	Pembuluh darah kaku dan pecah ↓ Perdarahan jaringan otak ↓ Proses metabolisme otak terganggu ↓ Suplai darah dan O2 ke otak menurun ↓ Penurunan kesadaran
2.	Ds : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemas dan sulit digerakkan Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kekuatan otot menurun 3. Klien berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun 5. Kekuatan otot 5 4 5 4 6. Reflek Fisiologis: Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+)	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Himiplegi dan hemiparesis
3.	Ds: -	Gangguan	Defisit

Do :	Komunikasi	Neurologis
1. Keadaan umum lemah	Verbal	↓
2. Kesadaran compos metis		Disfungsi
GCS 4-5-6		bahasa dan
3. Sulit berbicara cedal		komunikasi
4. TTV		↓
TD : 170/90 mmHg		Disatria
N : 74x/ menit		
SP02 : 99%		
S : 36,5°		
RR : 20x/ menit		

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 25 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan				
1.	22-5-2025	Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan Ds : 1. Klien mengatakan badan lemas Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 3. Akral terasa hangat 4. CRT < 3 detik 5. Turgor kulit < 3 detik 6. TTV TD : 170/90 mmHg N : 74x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. Acute infark di capsula interna kiri	22-5-2025					
2.	22-5-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemas dan sulit digerakkan Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kekuatan otot menurun 3. Klien berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> 6. Reflek Fisiologis: -Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-) Reflek Patologis : -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+)	5	4	5	4	22-5-2025	
5	4							
5	4							
3.	22-5-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria ditandai dengan Ds : - Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 3. Sulit berbicara cedal.	22-5-2025					

4. TTV
TD : 170/90 mmHg
N : 74x/ menit
S : 36,5°C
RR : 20x/ menit
SP02 : 99%

4.1.5 Intervensi

Tabel 4. 26 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Tanda Tangan
1	22-5-2025	Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Mengobservasi tingkat kesadaran 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Mengukur TTV 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memeriksa posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO ₂ pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal	

				11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian obat 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
2	22-5-2025	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Mengkaji kekuatan otot	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	

			3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 9. Kelemahan fisik Menurun (5)	Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
3	22-5-2025	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4. Afasia menurun (5)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien 3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien 4. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien



5. Disatria Menurun (5)	Terapeutik	7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
6. Respon perilaku membaik (5)	5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien
	6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)	9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman
	7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	10. Gunakan juru bicara
	8. Ulangi apa yang disampaikan pasien	11. Anjurkan berbicara perlahan
	9. Berikan dukungan psikologis	12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
	10. Gunakan juru bicara, jika perlu	13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
	Edukasi	
	11. Anjurkan berbicara perlahan	
	12. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara	
	Kolaborasi	
	13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	

4.1.6 Implementasi

Tabel 4. 27 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Diagnosa	Implementasi	Tanda Tangan
1	22-5-2025	Risiko	1. Mengidentifikasi penyebab TIK.mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral. (Melihat hasil CT Scan didapatkan hasil Acute infark di capsula interna kiri)	
	08.30	gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi	2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (dengan menanyakan klien merasa lemas: Klien mengatakan merasa badan lemas	
	08.35		3. Mengobservasi tingkat kesadaran (dengan mengkaji GCS 4-5-6, kesadaran Composmantis)	
	08.40		7. Mengukur TTV TD : 170/90 mmHg	
	08.55		N : 74x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik	
	08.57		11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang (dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien)	
	09.00		12. Memposisikan pasien semiflower (meningkatkan ekspansi paru-paru, memudahkan pernapasan)	
	09.30		18. Memberikan Obat hasil kolaborasi sesuai program (Citicolin 1 x 500 mg)	
	11.00		7. Mengukur TTV TD : 178/92 mmHg N : 81x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik	

Turgor kulit < 3 detik								
2	22-5-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (dengan mengamati respon fisik klien saat melakukan pergerakan: klien di anjurkan bed rest, hanya mika-miki)					
	08.30							
	08.35		4. Mengkaji kekuatan otot (dengan cara menganjurkan klien untuk mengakat tangan dan kaki)					
			<table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table>	5	4	5	4	
5	4							
5	4							
	08.40		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal. pagar tempat tidur (memfasilitasi pagar bed untuk mika-miki)					
	08.45		7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (membantu mika-miki, makan, minum dan BAK)					
	08.55		9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (mika-miki dan menggerakan tangan dan kaki)					
3	22-5-2025	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (dengan menanyakan nama, keluhan klien sekarang: klien bisa berbicara tetapi sedikit pelo, kata-kata sulit dipahami)					
	08.35							
	08.40		10. Menganjurkan klien untuk bicara perlahan lahan (melatih bicara klien)					
	08.45		11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)					
	08.50							

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4. 28 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	No. Diagnosa	Evaluasi	Tanda Tangan		
1	22-5-2025 08.30	Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan Ds : 1. Klien mengatakan merasa badan lemas Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 3. Skala pusing sedang 4. Akral terasa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < detik 7. TTV TD : 170/90 mmHg N : 74x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : Acute infark di capsula interna kiri	S : 1. Klien mengatakan masih merasa badan lemas O : 1. Keadaan umum klien lemah 2. Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 3. Akral terasa hangat 4. CRT < 3 detik 5. Turgor kulit < 3 detik 6. TTV TD :178/92 mmHg N : 81x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) P: Intervensi dilanjutkan No. (2.3.7.18)	    		
2	22-5-2025 08.30	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemas dan sulit digerakkan Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kekuatan otot menurun 3. Klien berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri lemas dan tidak dapat digerakkan O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table>	5	4	 
5	4					

		5.	Kekuatan otot	5	4	
				5	4	
		6.	Reflek Fisiologis:			
			-Trisep (+) (-)			
			-Bisep (+) (-)			
			-Patella (+) (-)			
			Reflek Patologis :			
			-Babinski (-) (+)			
			-Chaddock (-) (+)			
3	16-3-2025	Gangguan komunikasi verbal		S :		
	20.40	berhubungan dengan disatria ditandai dengan				
		Ds : -		O :		
		Do :		1. Keadaan umum mulai membaik		
		1. Keadaan umum lemah		2. Klien sulit berbicara cedal		
		2. Sulit berbicara cedal		3. Mulut klien tidak simetris condong ke kanan		
		3. Mulut klien tidak simetris condong kekanan		A : Masalah belum teratasi		
		4. TTV		P: Intervensi dilanjutkan		
		TD : 170/90 mmHg		No. (4.10.11)		
		N : 78x/ menit				
		S : 36,5°C				
		RR : 22x/ menit				
		SP02 : 99%				

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 29 Catatan Perkembangan

No	No. Diagnosa	Evaluasi	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
1	Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi	S : - Klien mengatakan masih merasa badannya lemas 0 : - Keadaan umum klien mulai membaik - Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD: 198/101 mmHg N: 81x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian - Tingkat kesadaran meningkat (5) - Tekanan darah sistolik membaik (3)	23-5-2025 08.00 08.30 08.35 08.40	- Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (dengan menanyakan klien masih lemas: Klien mengatakan merasa badannya lemas - Mengobservasi tingkat kesadaran (dengan mengkaji GCS 4-5-6, kesadaran Composmantis) - Mengukur TTV TD: 198/101 mmHg N: 81x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% CRT < 3 detik Turgor kulit < 3 detik - Memberikan obat hasil kolaborasi sesuai program (Citicolin 1 x 500 mg)	S : - Klien mengatakan masih merasa badannya lemas 0 : - Keadaan umum klien mulai membaik - Kesadaran Compos Mantis GCS 4-5-6 - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD: 184/98mmHg N: 77x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian - Tingkat kesadaran meningkat (5)	    

				di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (mika-miki dan menggerakkan tangan dan kaki)	9. Kelemahan fisik Menurun (4) P: Intervensi dilanjutkan No. (2,4, 9)
3	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	S : O : 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Klien sulit berbicara cedal 3. Mulut klien tidak simetris condong ke kiri A : Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (4.10.11)	23-5-2025 08.35 08.40 08.45	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (dengan menanyakan nama dan keluhan sekarang : klien bisa berbicara tetapi sedikit cedal, mulai agak dipahami) 10. Menganjurkan klien untuk bicara perlahan lahan (melatih bicara klien) 11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)	S : - O : 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik 3. Mulut klien condong ke kiri tidak simetris A : Masalah teratasi sebagian 1. Kemampuan bicara meningkat (3) 5. Disatria Menurun (3) P: Intervensi dilanjutkan No. (4.11)
1	Risiko gangguan perfusi serebral	S : 1. Klien mengatakan merasa lemas sudah berkurang	24-5-2025 08.30	2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola	S : 1. Klien mengatakan masih merasa lemas tetapi sudah berkurang

2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik	(mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)	1. Keadaan umum mulai membaik
3. Mulut klien condong ke kiri tidak simetris		2. Klien bicara sudah jelas dan mudah tidak cedal
		3. Mulut klien sudah mulai simetris
A : Masalah teratasi sebagian	08.35	A : Masalah teratasi sebagian
1. Kemampuan bicara meningkat (3)		1. Kemampuan bicara meningkat (4)
5. Disatria Menurun (3)		5. Disatria Menurun (4)
P: Intervensi dilanjutkan		P: Intervensi dilanjutkan
No. (4.11)		No. (4.11)

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 30 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Analisa			
No	Teori	Fakta	Kesenjangan
1	Pengkajin : Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnostik medis, dan rentang usia CVA di atas 50 tahun. (Dermawan, dalam Kusyuni, 2022).	Berdasarkan hasil penelitian klien CVA Infark pada Tn. B dengan usia 63 tahun, jenis kelamin Laki laki, pendidikan terakhir SLTA, bertempat tinggal di RT 31 RW 08, Karang, Karang, Trenggalek. Pekerjaan Tani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 19 Mei 2025, tanggal pengkajian 22 Mei 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Sesuai
2	Keluhan Utama : Pada pasien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) biasanya masalah gangguan motori kelemahan anggota gerak sebelah badan, sulit komunikasi, nyeri kepala, bicara pelo, gangguan sensor motorik, kejang dan gangguan kesadaran (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022)	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran Saat Pengkajian : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak dapat digerakkan.	Sesuai
3	Riwayat penyakit sekarang : CVA biasanya terdapat serangan awal terlebih dahulu dengan tidak disadari pasien, biasanya di temukan gejala awal yaitu sering kesemutan, anggota gerak merasa lemas, terdapat nyeri kepala, mual, muntah,	Keluarga klien mengatakan Tn. B ditemukan pingsan di kamar mandi jam 19.30 WIB. Lalu dibawa ke IGD pukul 20.00 WIB, ketika tiba di IGD Klien sudah lemas setengah badan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan bicara cedal . Lalu tgl 19 Mei 2025	Sesuai

	serta kejang sampai tidak sadar (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	pukul 09.00 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke.	
4	Riwayat penyakit dahulu : Terdapat riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	1. Klien mengatakan mempunyai Riwayat hipertensi 1 tahun lalu dirawat di puskesmas karangan 2. Riwayat merokok sudah lama dan sudah berhenti pada 1 tahun yang lalu 3. Jarang minum obat, minum obat ketika ada gejala	Sesuai
5	Riwayat penyakit keluarga : Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat CVA dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyani, 2022).	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau (DM, Hipertensi dan penyakit Jantung).	Terdapat Kesenjangan
6	Pola Nutrisi dan Cairan : Terdapat kesulitan menelan, nafsu makan menurun, terdapat mual muntah pada fase akut. (Turwoto, dalam Kusyani, 2022).	Dirumah : Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk. Posri makan dihabiskan. Tidak ada pantangan makan Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari. Tidak ada pantangan minum Di RS: Klien mengatakan selama di rumah sakit klien makan bubur dan buah di RS, klien tidak mengalami kesulitan makan.	Terdapat Kesenjangan

		Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih ±500 liter ½ aqua tanggung.	
7	Pola Eliminasi : Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Di Rumah : Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Klien mengatakan belum BAB karena baru tiba di RS. Klien mengatakan BAK 3-4x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS : Klien mengatakan selama dirumah sakit klien sudah BAK 3 x menggunakan pampers dengan warna kuning bau khas urine	Terdapat Kesenjangan
8	Pola Istirahat tidur : Terdapat kesusahan dalam beristirahat karena kejang dan nyeri otot (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien tidur siang sekitar jam 12.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 - 05.00	Terdapat Kesenjangan
9	Pola kognitif dan sensori persepsi : Terdapat gangguan penglihatan/kekaburan pandang, sentuhan/perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien sedikit pelo, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan	Terdapat Kesenjangan

		penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.	
10	Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial : Terdapat gangguan bicara sehingga klien mengalami kesukaran perhubungan. dalam peran (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Klien mengatakan bicara sedikit sulit tetapi klien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan Bahasa Jawa. Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Sesuai
11	Pola Keyakinan dan Nilai : Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.	Terdapat Kesenjangan
12	Keadaan Umum : Keadaan umum dengan klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan. TD : 170/90 mmHg N : 74x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% Klien tampak berbaring di tempat tidur	Terdapat Kesenjangan

Pemeriksaan Fisik :

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

(a) Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak. (b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus (c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor. (d) Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.	tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, Klien dapat menjulurkan lidah tetapi condong kekiri	Sesuai
(2) Pemeriksaan jantung (a) Inpeksi : iktus kardus tidak terlihat. (b) Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak. (c) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar. (d) Auskultasi : mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.	Inspeksi : bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercostral. Palpasi : Vocal Fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi :suara nafas vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan.	
7) Abdomen (1) Inpeksi : Kesimetrisan abdomen terdapat lesi atau edema. (2) Auskultasi : Terdengar bising usus biasanya pada pasien CVA bising usus tidak normal. (3) Perkusi ; Terdengar bunyi timpani.. (4) Palpsi: Tidak terdapat nyeri tekan pada 4 kuadran. 8) Genetalia : Biasanya pasien CVA terpasang kateter.	Inspeksi : isctus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, Perkusi : suara jantung pekak	Sesuai

9) Ekstremitas :

1. Atas

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

2. Bawah

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

Auskultasi : bunyi jantung lup dup

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada lesi.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi : terdengar suara Tympani

Auskultasi : bising usus terdegat 7x/menit

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

Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot

5	4
5	4

Nilai 5 : kekuatan otot penuh

Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan

Terdapat Kesenjangan

Terdapat Kesenjangan

Sesuai

Sesuai

• Saraf kranial

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

	tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.	Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.	Terdapat Kesenjangan
	(9) <i>Nervus IX (Glosafaringeus)</i> : <i>ovule</i> yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.	Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.	Terdapat Kesenjangan
	(10) <i>Nervus X (Vagus)</i> : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.	Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	
	(11) <i>Nervus XI (Asesorius)</i> : klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan	Sesuai
	(12) <i>Nervus XII (Hipoglosus)</i> : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah, namun artikulasi kurang jelas	
14	Diagnosa : Berikut diagnosa keperawatan pada klien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) menurut (PPNI, 2017) :	1) Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017) 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). 3) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Terdapat kesenjangan
	1) Risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif (D.0017) 2) Defisit perawatan diri (D.0109) 3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032) 4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119) 5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040) 6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). 7) Gangguan persepsi sensori		
15	Intervensi :	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi	Sesuai

Berdasarkan diagnosa di atas penulis membuat intervensi keperawatan menurut SDKI,SIKI dan SLKI (PPNI, 2017).

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

2). Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

3). Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran)

3. Monitor MAP

4. Monitor CVP

5. Monitor PAP

6. Monitor ICP

7. Monitor gelombang ICP

8. Monitor status pernapasan

9. Monitor intake dan output

10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi)

Terapeutik

11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

12. Berikan posisi semi fowler

13. Hindari penggunaan PEEP

14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik

15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal

16. Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan

18. Kolaborasi pemberian diuretik

19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

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

Edukasi

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

Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492)

Observasi

1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara
 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)
 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
-

	4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
16 Implementasi :	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Terdapat kesenjangan

Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

17	Evaluasi :	Diagnosa I	
	Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu : • S (<i>Subyektif</i>) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien) • O (<i>Obyektif</i>) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat	S : 1. Klien mengatakan masih merasa lemas sudah berkurang O : 1. Keadaan umum klien lemah berkurang 2. Kesadaran Compos Mantis 3. GCS 4-5-6 4. Akral terasa hangat 5. CRT < 3 detik 6. Turgor kulit < 3 detik 7. TTV TD :131/84 mmHg N : 81x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	Sesuai

-
- A (*Analisis*) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.

A: Masalah Teratasi Sebagian

- P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

1. Tingkat kesadaran mengikat (5)
9. Tekanan darah sistolik membaik (5)
10. Tekanan darah diastolik membaik (5)

P: Intervensi dilanjutkan

No. (2.3.7.18)

Diagnosa 2

S :

1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai agak mudah diangkat tetapi tidak kuat

O:

1. Keadaan umum mulai membaik
2. Kekuatan otot meningkat
3. Klien masih berbaring di tempat tidur
4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik
5. Kekuatan otot

5	4
5	4

A: Masalah belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

No. (2,4,7,8)

Diagnosa 3

S :

O :

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

A : Masalah belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

No. (4.10.11)

4.2 Pembahasan

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

Berdasarkan dari hasil penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA dilaksanakan pada klien CVA 22 Mei 2025 sampai 24 Mei 2025 klien Tn. B di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek didapatkan hasil sebagai berikut

4.2.1 Pengkajian

1) Riwayat penyakit keluarga

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

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

Penulis berasumsi bahwa klien tidak terkena penyakit CVA karena Riwayat penyakit keluarga tatapi bisa terjadi karna faktor gaya hidup klien yang kurang sehat seperti klien mempunyai riwayat hipertensi dan riwayat merokok yang sudah lama

2) Pola nutrisi dan cairan

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

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

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

3) Pola Eliminasi

Berdasarkan hasil pengkajian Di Rumah : Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. Klien mengatakan belum BAB saat di RS. Klien mengatakan BAK 3-4x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine. Di RS :Klien mengatakan

selama dirumah sakit klien sudah BAK 3 x menggunakan pempers dengan warna kuning bau khas urine.

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

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

4) Pola istirahat tidur

Berdasarkan data pengkajian Dirumah : Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan selama di rumah sakit, klien tidur siang sekitar jam 12.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 - 05.00

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

Penulis berasumsi Klien tidak mengalami gangguan pada pola tidur karna klien dapat tidur dan beristirahat dengan baik.

5) Pola kognitif

Berdasarkan data pengkajian Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien sedikit cedal, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan

paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

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

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

6) Pola Keyakinan dan Nilai

Berdasarkan hasil pengkajian Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.

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

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

7) Keadaan Umum

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan. TTV TD : 170/90 mmHg N : 74x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%. Klien berbaring di tempat tidur.

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

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

8) Pemeriksaan fisik

a) Mata

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

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

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

b) Hidung

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

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

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

c) Abdomen

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

Berdasarkan teori didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi

asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin,2008).

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

d) Genetalia

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

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

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

9) Pemeriksaan Neorologis

a) Optikus

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan

alat bantu melihat seperti kaca mata, klien dapat melihat tulisan pada jam dinding.

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

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

b) Okulomotorius

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

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

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

c) Toklearis

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

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

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

d) Trigeminus

Berdasarkan data penelitian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Menurut teori untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Muttaqin,2008).

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

e) Abduksen

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

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

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

f) Glasofaringeus

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

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

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

g) Vagus

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

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

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

h) Hipoglosus

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih mampu menjulurkan lidah.

Menurut teori Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan,

menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut (Muttaqin,2008).

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

4.2.2 Diagnosa

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien CVA Infark, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 3 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

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

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif , gangguan komunikasi verbal dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan secara teori klien dengan CVA infark diagnosa yang muncul ada 7. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan 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 eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi

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

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

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

4.2.4 Implementasi

Implementasi dilaksanakan selama 3 hari dan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Dalam pelaksanaannya pada klien tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena implementasi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi klien serta standar yang ada dalam lahan penelitian. Tahap implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan. keperawatan. Pada tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan,

pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

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

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP yang bertujuan untuk memudahkan pemantauan perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, pada hari kedua kondisi klien sudah ada sedikit perubahan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan

keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

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

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi menggunakan SOAP untuk menilai hasil dari proses keperawatan, selama dilakukan tindakan keperawatan 3 hari kriteria hasil belum semua teratasi tetapi sudah menunjukkan adanya perkembangan pada klien yang lebih baik, menurut penulis hal tersebut terjadi karena pemulihan penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga memerlukan perawatan yang intensif terlebih pada klien yang sudah mengalami kelemahan anggota tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama tiga hari yang telah dilakukan pada Tn. B, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut

5.1.1 Pengkajian

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

5.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 3 diagnosa, yaitu klien dengan Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal

berhubungan dengan disartria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada konsep teori CVA terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa tersebut ditemukan.

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan yaitu pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan Serebral tidak efektif masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah belum teratasi yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal menyebutkan nama dan keluhannya, klien masih bicara cadel tidak simetrisan pada mulut klien condong ke kanan. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah belum teratasi yaitu dengan kriteria klien Gerak Rentang (ROM) klien menurun, kekuatan otot tetap tidak ada peningkatan, aktifitas klien dibatasi hanya boleh berbaring di bed.

5.1.6 Fakta dan Teori

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

diagnosa tersebut ditemukan. Pada Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan melihat kondisi klien. Dengan mengatasi kesenjangan antara teori dan fakta di harapkan asuhan keperawatan yang di berikan pada klien CVA akan menjadi efektif, komprehensif, dan berorientasi pada pemulihan yang optimal.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi pasien

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

5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

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

5.2.3 Bagi Institusi Keperawatan

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

5.2.4 Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Knowledge of stroke warning sign and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (19-20), 2886-2895. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.04118>.
- Kemenkes. (2018). *Apa itu stroke?* <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apaitustroke>
- Wardhana, W.A. (2016) *Strategi Mengatasi & Bangkit dari Stroke*
- Meo, M. Y., Dikson, M., & Kewa, G. B. (2021). Activity of daily living pada pasien pasca stroke. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 13–19. <http://jkkmfikesunipa.nusanipa.ac.id/index.php/hlj-Unipa/article/view/78>
- Pajri, R.N., Safri and Dewi, Y. I. (2018). Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444.
- Anggriani, Z. S. (2018). Pengaruh ROM (Range of Motion) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien Stroke Non Hemoragic.
- Aziz Alimul Hidayat, M. U. (n.d.). Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia (Aulia (ed.); 1st ed., p. 89). Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=Hb8TEAAQBAJ&pg=PA8&dq=Buku+Ajar+Kebutuhan+Dasar+Manusia&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwjzjeLqhdPuAhWL6XMBHeBICkQ6AEwBX0ECAyQAg#v=onepage&q=Buku+Ajar+Kebutuhan+Dasar+Manusia&f=false>
- Budi, A. F. (2018).). Asuhan Keperawatan Post Stroke Iskemik Pada Ny. M Dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Upt Pstw Jember Tahun 2018. Jember: Universitas Jember
- Hariyanti, T. P. (2020). Mengenal Stroke Dengan Cepat. Retrieved from (W.Mardisantoso(ed); 1 sted): id-RE7wDw <https://books.google.co.id/books?AAQBAJ&pg=PA21&dq=penyakit+stroke&hl=id&sa=X&ved=2ahUKE>.
- Hariyanto, A. (2015). Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosa Nanda Internasional. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Haryono, R. a. (2019). Keperawatan Medikal Bedah II. Yogyakarta: Penerbit Baru Press.

Mutiarasari. D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah*, 1(2), 36-44

Kemkes, 2018. Dipetik dari <https://lokadata.beritagar.id/chart/preview/prevalensi-CVA-diindonesia-2018-1563428312>.

<https://doi.org/10.1177/0269215514543334>. *Suaraindonesia*, (2020). Dipetik

Februari 2024 dari

<https://suaraindonesia.co.id/news/kesehatan/5f9a3939a5c33/peringati-hari-stroke-sedunia-2020-rsud-trenggalek-kampanyekan-stroke-dont-stay-at-home>.

Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>

Nada, athira (2021) asuhan keperawatan pada klien dengan (cva) cerebral vascular accident infark trenggalek: poltekkes kemenkes malang.

Antono, x. d. (2021, mei 28). asuhan keperawatan pada post eva infark dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik retrieved from babi pendahuluan: <http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/559/1/kti%20xena%20del%20fina%20antono.pdf>

Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). buku ajar keperawatan medikal bedah i Dengan Diagnosis nanda International. Jogjakarta: ar-ruzz media.

Tim pokja sdki dpp ppni. (2018). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Jakarta: dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional Indonesia

Nursalam. (2017). Metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: salembamedika

Nurarif, A. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan nanda nic-noc. Jogjakarta: Mediacion.

Awan hariyanto, r. S. (2015). *Buku ajar keperawatan medikal bedah 1 dengan diagnosis nanda internasional*. Jogjakarta: ar-ruzz

Zebua, 1.J. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik. (Online), (file:///C:/Users/User/Downloads/askep%20ketidakberdayaan%20(2)-dikonversi%20(1).pdf diakses 10 Februari 2022)

Sulistiawaty. (2020). *asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragic yang di rawat di rumah saki* (Online), (file:///C:/Users/User/Downloads/kti%20sulistiawaty.pdf diakses 6 Maret 2022)

Nada, athira (2021) asuhan keperawatan pada klien dengan (cva) cerebral vascular accident infark trenggalek: poltekkes kemenkes malang.

Pajri, R.N., Safri and Dewi, Y. I. (2018). Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444.

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONCENT)

Nama saya Tasya Dwi Ananta. Saya adalah mahasiswa Progam Studi D3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

Trenggalek, 22 Mei 2025


 (.....)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

Trenggalek, 22 Mei 2025



Handwritten signature of Hanif.

(.....)

Lampiran 3



Kemenkes
Poltekkes Malang

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

Trenggalek, 15 Mei 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/228/2025
 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 : TASYA DWI ANANTA
 NIM : P17240223061
 Judul KTI : "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA". Diruang Unit Stroke RSUD Dr.Soedomo Trenggalek

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 8 Mei s/d 30 Mei 2025 sesuai proposal terlampir.
 Demikian agar menjadikan periksa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :
 Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.
 2. Sdr. Karu Unit Stroke
 3. Peneliti.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

Lampiran 4



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ 258/406.010.001/18.00/2025

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 : TASYA DWI ANANTA
 NIM : P17240223061
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, 24 Maret 2025

DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK



dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
Pembina Tk. I
NIP: 19671030 200212 1 002



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Tasya Dwi Ananta
NIM : P17240223061
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Di Ruang Unit
Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Ns. Ixora, S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	12 Februari 2024	- Pemilihan Departemen Keperawatan (Departemen Medikal Bedah) - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek)	<i>Jhs</i>
2.	21 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Sesuai masukan - Batasan masalah	<i>Jhs</i>
3.	22 Januari 2024	Revisi BAB 1 - Justifikasi dilengkapi Revisi BAB 2 - Patofisiologi dan Uraian	<i>Jhs</i>

		• Patofisiologi dan Uraian	
		Revisi BAB 3	
		• Batasan istilah • Kriteria partisipan • Daftar Pustaka	
4.	23 Januari 2025	Revisi BAB 1 Prevelensi (angka kejadian mulai dari WHO sampai dengan Lokasi penelitian)	Jhs
5.	24 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Batasan masalah belum ada Revisi BAB 2 • Patofisiologi	Jhs
6.	30 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Patofisiologi • Daftar putaka	Jhs
7.	02 Mei 2025	Revisi batas margin dan penulisan	Jhs
8.	05 Mei 2025	ACC Siapkan penelitian	Jhs
9.	05 Juni 2025	Revisi BAB IV dan BAB V	Jhs
10.	06 Juni 2025	ACC Siapkan SEMHAS	Jhs
11.	10 Jni 2025	BAB II Gambar Patofisiologi BAB V Kesimpulan dan Saran	Jhs
12.	17 Juni 2025	ACC	Jhs

		• Patofisiologi dan Uraian	
		Revisi BAB 3	
		• Batasan istilah • Kriteria partisipan • Daftar Pustaka	
4.	23 Januari 2025	Revisi BAB 1 Prevelensi (angka kejadian mulai dari WHO sampai dengan Lokasi penelitian)	Jhs
5.	24 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Batasan masalah belum ada Revisi BAB 2 • Patofisiologi	Jhs
6.	30 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Patofisiologi • Daftar putaka	Jhs
7.	02 Mei 2025	Revisi batas margin dan penulisan	Jhs
8.	05 Mei 2025	ACC Siapkan penelitian	Jhs
9.	05 Juni 2025	Revisi BAB IV dan BAB V	Jhs
10.	06 Juni 2025	ACC Siapkan SEMHAS	Jhs
11.	10 Jni 2025	BAB II Gambar Patofisiologi BAB V Kesimpulan dan Saran	Jhs
12.	17 Juni 2025	ACC	Jhs