

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
CVA INFARK DIRUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

LAURENZ SAZENA DUARA

P17240223077



**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN
KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIPLOMA 3
KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
CVA INFARK DIRUANG UNIT RSUD dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

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

LAURENZ SAZENA DUARA

P17240223077



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

2025

CURRICULUM VITAE



Nama : Laurenz Sazena Duara

Tempat tanggal lahir : Blitar, 02 Mei 2003

Agama : Islam

Alamat : RT/W 03/04 Desa Sumberagung Kec. Selorejo
Kab. Blitar

Handphone : 085607702052

Email : Laurenduara@gmail.com

Riwayat pendidikan :

1. RA Sananul Huda Blitar 2008-2010
2. SD Negeri 1 Sumberagung 2010-2016
3. SMPN 1 Selorejo 2016-2019
4. SMAN 1 Kesamben 2019-2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek 2022-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Laurenz Sazena Duara

NIM : P17240223077

Program Studi : DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar – benar tulisan saya dan bukan merupakan plagiat baik sebagian maupun keseluruhan. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini hasil plagiasi baik sebagian maupun seluruhnya, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Mengetahui

Trenggalek, 6 Mei 2025

Pembimbing

Yang Membuat Pernyataan


Mimik Christiani, S.ST., M.Kes.
NIP. 196912181994032005


Laurenz Sazena Duara
NIM. P17240223077

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Laurenz Sazena Duara (P17240223077) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark Diruang Unit Stroke Rsud dr. Soedomo Trenggalek”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 6 Mei 2025

Pembimbing



Mimik Christiani, S.ST., M.Kes.

NIP. 196912181994032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Laurenz Sazena Duara (P17240223077) dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark Di Ruang Unit Stroke Rsud dr. Soedomo Trenggalek."** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 09 Mei 2025

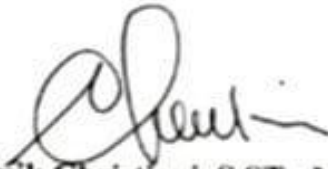
Dewan Penguji,

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji



Mimik Christiani, S.ST., M.Kes
NIP. 196912181994032005

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

**“KEBERHASILAN BUKAN MILIK ORANG PINTAR,KEBERHASILAN
ADALAH MILIK MEREKA YANG SENANTIASA BERUSAHA”**

(BJ HABIBIE)

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah membenkanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya skripsi yang sederhana ini dapat terselasaikan. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW, untuk menyelesaikan tugas karya ilmiah ini dengan segala kekurangan. Terima kasih, sudah menghadirkan orang-orang yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas karya ilmiah ini dengan baik. Semoga keberhasilan tugas karya ilmiah ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku nanti. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

1. Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Ayahku yang telah bahagia disana tapi doa kasih sayang dan harapan yang begitu masih terasa masih ada mendampingi. Maaf belum bisa membahagiakan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ayah bahagia disana, terima kasih sudah menjadi super heroku.
2. Mama tercinta. Beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan perkuliahan peneliti, beliau selalu memberikan semangat, memotivasi, menjadi pendengar yang baik, dan selalu mendoakan keberhasilan anak-anaknya, mama terimakasih telah berjuang selama 5 tahun ini untuk menjadi sosok ibu dan ayah bagiku. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat mama bahagia karena kusadar, terima kasih sudah menjadi penyemangatku. Untuk mama yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku serta selalu meridhoiku melakukan hal yang lebih baik, Terima kasih mama

3. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya, Dicky Chandra Wijaya
Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya. Bekerja banyak
dalam penulisan karya tulis ini, baik tenaga, waktu, maupun materi kepada saya.
Telah menjadi rumah, pendamping dalam segala hal yang menemani, mendukung
ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, memberi semangat
untuk pantang menyerah. Semoga Allah selalu memberi keberkahan dalam segala
hal yang kita lalui
4. Untuk Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan Prodi D-III Keperawatan
Trenggalek, Saya ucapkan Terimakasih , karena selama ini sudah tulus dan ikhlas
memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan
bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan harganya, agar saya menjadi manusia
yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga
ilmu yang saya dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana. Aamiin....
5. Untuk Mimik Christiani , SST., M.Kes. Saya ucapkan terimakasih karena telah
memberikan dampingan, memberikan masukan, memberikan bimbingan kepada
peneliti untuk menyelesaikan tugas karya ilmiah ini.
6. Buat teman-temanku yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan moral
serta material yang selalu membuatku semangat untuk menyelesaikan tugas karya
ilmiah ini, teman seperjuangan, terima kasih untuk teman-temanku semua atas segala
pengalaman dan cerita yang pastinya akan saya rindukan dimasa nanti. Terima kasih
sudah mau berjuang bersama hingga kita bisa lulus bersama.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Penelitian Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada klien dengan CVA (Cerebral Vascular Accident) *infark* 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 Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Ns. Rahayu, S.Kep., M.Kes. selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 4) Mimik Christiani, SST., M.Kes. selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang memberikan pengarahan, saran, bimbingan dan revisi kepada penulis dalam menyempurnakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

- 5) Ns.Tunik,S.Kep.M.Kes selaku penguji Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan saran, pengarahannya dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 6) Ns. Zuliana, S.Kep. selaku Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memperkenankan melakukan penelitian dan membimbing serta mengarahkan peneliti dalam melaksanakan penelitian

Penulis berusaha dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya dan mungkin masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti dan masyarakat.

Trenggalek, 6 Mei 2025



Laurenz Sazena Duara

ABSTRAK

Laurenz Sazena Duara (2025). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Mimik Christiani, S.ST., M.Kes.

Stroke Infark kondisi ketika aliran darah di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini terjadi karena jaringan otak tidak mendapatkan cukup oksigen yang disebabkan oleh adanya hambatan di pembuluh darah arteri otak. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pada klien dengan CVA Infark di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Pasien stroke sering mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh, yang mengurangi kemampuan mereka untuk bergerak. Aktivitas fisik yang berkurang menyebabkan perlambatan peristaltik usus, sehingga feses bergerak lebih lambat dan menjadi keras dan terjadi konstipasi. Partisipan yang digunakan adalah klien dengan diagnosa CVA Infark dengan masalah konstipasi. Sumber data dari data primer dan sekunder, data primer dari wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder dari hasil pemeriksaan laboratorium dan dokumentasi. Dari data pengkajian yang telah didapatkan, ditemukan tidak semua tanda-tanda ditemukan pada klien. Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan teori dan fakta yaitu riwayat kesehatan keluarga, pola nutrisi, integumen, muskuloskeletal, pemeriksaan genitalia dan anus. Pada pasien dimungkinkan kondisi tubuhnya masih cukup baik walaupun sudah muncul beberapa kelainan akibat penyakit Stroke. Bagi mereka yang pernah mengalami serangan stroke lalu dikemudian hari terkena serangan stroke yang kedua, maka serangan stroke ulangan ini lebih berbahaya dan dapat menyebabkan kematian

Kata Kunci: Stroke Infark, Konstipasi, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Laurenz Sazena Duara (2025). Nursing Care for Clients with CVA Infarction in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Trenggalek Regional Hospital. Scientific Paper Case Study, DIII Nursing Study Program, Trenggalek Regency Campus, Nursing Department, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malanag. Supervisor: Mimik Christiani, S.ST., M.Kes.

Stroke Infarction is a condition when blood flow in the brain is blocked, causing damage to brain tissue. This damage occurs because the brain tissue does not get enough oxygen caused by obstruction in the cerebral artery blood vessels. The purpose of this study was to provide Nursing Care for clients with CVA Infarction in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The research method used is a qualitative descriptive research method with a case study approach that includes interviews, observations, and documentation studies. Stroke patients often experience weakness or paralysis on one side of the body, which reduces their ability to move. Reduced physical activity causes slowing of intestinal peristalsis, so that feces move more slowly and become hard and constipation occurs. The participants used were clients with a diagnosis of CVA Infarction with constipation problems. Data sources from primary and secondary data, primary data from interviews and physical examinations, while secondary data from laboratory examination results and documentation. From the assessment data that has been obtained, it was found that not all signs were found in clients. From the research results, there is a gap between theory and fact, namely family health history, nutritional patterns, integument, musculoskeletal, genital and anal examinations. In patients, it is possible that their body condition is still quite good even though several abnormalities have appeared due to stroke. For those who have experienced a stroke and then later have a second stroke, this repeated stroke is more dangerous and can cause death.

Keywords: Stroke Infarction, Constipation, Nursing Care

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
CURRICULUM VITAE	ii
LEMBAR KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR	ix
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
DAFTAR ISTILAH.....	xxi
BAB I 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
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Penyakit CVA (Cerebro Vaskuler Accident).....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Klasifikasi CVA Infark.....	9

2.1.3 Etiologi CVA Infark	10
2.1.4 Faktor Resiko	10
2.1.5 Manifestasi Klinis	12
2.1.6 Patofisiologi	15
2.1.7 Komplikasi	18
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik.....	20
2.1.9 Penatalaksanaan	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.2.1 Pengkajian	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	43
2.2.4 Implementasi	50
2.2.5 Evaluasi	51
BAB III METODE PENELITIAN.....	53
3.1 Rancangan Penelitian	53
3.2 Batasan Istilah	54
3.3 Partisipan	55
3.3.1 Lokasi	55
3.3.2 Waktu	55
3.4 Pengumpulan Data.....	55
3.4.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	55
3.4.2 Prosedur Pengumpulan Data	56
3.5 Uji Keabsahan Data.....	58
3.5.1 Kepercayaan (Creadibility)	58
3.5.2 Keteralihan (Transferbility).....	59
3.5.3 Ketergantungan (Dependability)	59
3.5.4 Kepastian (Confirmability).....	59
3.6 Analisa Data	60
3.7 Etika	60
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	62
4.1 Hasil	62
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	62

4.1.2 Pengkajian	63
4.1.3 Analisa Data	70
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	72
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	74
4.1.6 Implementasi Keperawatan	79
4.1.7 Evaluasi	81
4.1.8 Hasil Analisa Data Keperawatan	88
4.2 Pembahasan.....	108
4.2.1 Pengkajian	108
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	110
4.2.3 Intervensi.....	111
4.2.4 Implementasi	112
4.2.5 Evaluasi	112
BAB V KESIMPULAN & SARAN	114
5.1 Kesimpulan	114
5.1.1 Pengkajian.....	114
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	114
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	115
5.1.4 Implementasi Keperawatan	115
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	115
5.1.6 Analisa Data	115
5.2 Saran.....	116
5.2.1 Bagi Lahan Penelitian	116
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	116
5.2.3 Bagi Peneliti.....	116
5.2.4 Bagi Pasien.....	117
DAFTAR PUSTAKA	118

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi CVA Infark	16
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri.....	36
Tabel 2. 2 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal.....	38
Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin	40
Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin	41
Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik.....	42
Tabel 4.1 Identitas Pasien.....	63
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	64
Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan	65
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik.....	66
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	69
Tabel 4.6 Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan).....	70
Tabel 4.7 Analisa Data	70
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan	72
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan	74
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan	79
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan	81
Tabel 4.12 Catatan Perkembangan	83
Tabel 4.13 Hasil Analisis.....	88

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informed Consent	123
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	124
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	125
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan.....	127
Lampiran 5 Lembar Konsultasi.....	141

DAFTAR SINGKATAN

CVA	: <i>Cerebro vascular Accident</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
ROM	: <i>Range of Motion</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
RSUD	: <i>Rumah Sakit Umum Daerah</i>
VAP	: <i>Ventilator Associated Pneumonia</i>
Kemenkes	: <i>Kementerian Kesehatan</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
CT Scan	: <i>Computerized Tomography Scan</i>
EEG	: <i>Electroencephalography</i>
ECG	: <i>Electrocardiography</i>
TIK	: <i>Tekanan Intrakranial</i>
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
PAWP	: <i>Pulmonary Artery Wedge Pressure</i>
CPP	: <i>Cerebral Perfusion Pressure</i>
PEEP	: <i>Positive End-Expiratory Pressure</i>

IMT : *Indeks Massa Tubuh*

ADL : *Activities of Daily Living*

P2PTM : *Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*

LED : *Laju Endap Darah*

DAFTAR ISTILAH

Asuhan Keperawatan	: Proses atau rangkaian kegiatan keperawatan yang diberikan untuk membantu pasien.
Afasia	: Gangguan komunikasi akibat kerusakan otak.
Atherosclerosis	: Penebalan dinding pembuluh darah akibat penumpukan plak lemak.
CVA Infark	: Cerebrovascular Accident Infark, stroke akibat penyumbatan pembuluh darah di otak
Disartria	: Gangguan bicara karena kelemahan otot-otot bicara.
Disfagia	: Kesulitan menelan.
Diplopia	: Penglihatan ganda.
Emboli	: Material (misalnya bekuan darah, lemak) yang menyumbat aliran darah.
Edema Serebral	: Pembengkakan otak akibat penumpukan cairan.
Hipoperfusi Sistemik	: Penurunan aliran darah ke seluruh tubuh.
Hemiparesis	: Kelemahan pada salah satu sisi tubuh.
Hemiplegi	: Kelumpuhan total pada salah satu sisi tubuh.
Inkontinensia	: Ketidakmampuan mengontrol buang air kecil atau besar.
Iskemik	: Kekurangan suplai darah ke jaringan tubuh.
Neuromuskuler	: Sistem yang mencakup saraf dan otot
Patofisiologi	: Ilmu yang mempelajari gangguan fungsi tubuh akibat penyakit

- Stroke Non-Hemoragik : Stroke yang terjadi tanpa perdarahan, sering disebabkan oleh penyumbatan.
- Thrombosis : Pembentukan gumpalan darah di dalam pembuluh darah
- TIA (Transient Ischemic Attack) : Stroke ringan yang gejalanya bersifat sementara.
- Vertigo : Perasaan pusing berputar.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah- kaidah keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Fitri N.Togubu, 2019). Stroke terjadi akibat Penyumbatan atau pendarahan yang terjadi pada otak, hal ini menyebabkan gangguan fungsi otak secara mendadak yang mengakibatkan aliran darah dan oksigen ke otak terganggu stroke bisa menyebabkan penderita mengalami kelumpuhan hingga kematian. (Inka,2024). Stroke infark atau infark serebral adalah kondisi ketika aliran darah di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini terjadi karena jaringan otak tidak mendapatkan cukup oksigen yang disebabkan oleh adanya hambatan di pembuluh darah arteri otak. Tanpa oksigen yang memadai, sel dan jaringan otak akan mengalami kerusakan dan mati. Gejala-gejala ringan stroke dapat dikenali seperti seringnya kesemutan ringan tanpa sebab, sakit kepala atau vertigo ringan, tiba-tiba sulit menggerakkan mulut dan sulit berbicara, lumpuh sebelah serta mendadak pikun dan cadel. Pasien stroke sering mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh, yang mengurangi kemampuan mereka untuk bergerak. Aktivitas fisik yang berkurang menyebabkan perlambatan

peristaltik usus, sehingga feses bergerak lebih lambat dan menjadi keras dan terjadi konstipasi, asuhan keperawatan yang baik sangat penting dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke. Pendekatan yang holistik, termasuk peningkatan mobilitas, pengaturan diet, edukasi, dan dukungan psikososial, dapat membantu pasien mencapai pola BAB yang lebih teratur dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Zhang, T., et al, 2017). Bagi mereka yang pernah mengalami serangan stroke lalu dikemudian hari terkena serangan stroke yang kedua, maka serangan stroke ulangan ini lebih berbahaya dan dapat menyebabkan kematian (Promkes, 2023).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 mengeluarkan hasil survey (*WHO*) yang menunjukkan bahwa stroke menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian terbanyak di dunia, yakni mencapai sekitar 6 juta kematian sepanjang 2010-2016 (Junaidi, 2018). Penyakit stroke di Indonesia pada tahun 2018 mengalami peningkatan. Prevalensi tertinggi terjadi pada kelompok umur 75 tahun sebesar 50,2%. Penderita stroke sudah mulai dari kelompok usia 15-24 tahun dengan prevalensi 0,6%, usia 25-34 tahun sebanyak 1,4%, usia 35-44 tahun sebanyak 3,7%, usia 45-54 tahun sebanyak 14,2% dan usia 65-74 tahun sebanyak 45,3% (Riskesdes, 2018). Penderita stroke di Provinsi Jawa Timur menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2019 mencapai 22.120 jiwa atau 12,4% dan menduduki peringkat 8 di Indonesia (Kemenkes, 2019). Sementara itu data dari rekam medik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek jumlah kasus *CVA Non Hemoragik* sejumlah 775 kasus. Berdasarkan data yang didapat dari Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo pada tahun 2023 mulai bulan

Januari hingga bulan Februari jumlah kasus *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke sebanyak 125 kasus (Fanti Eka Susanti, 2023).

Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak yg di sebabkan oleh dua hal, yaitu pertama adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yang merupakan bekuan darah yang berasal dari thrombus jantung. Yang kedua adalah terjadinya penebalan pada dinding pembuluh darah disebut dengan atherosclerosis, dan terjadi peradangan serta memunculkan sensasi nyeri di sendi (Lyana Kartika Permatasari, 2023). Terjadi bekuan darah bercampur lemak yang menempel di dinding pembuluh darah yang disebut thrombus. Suplai darah ke otak bisa berubah seperti makin cepat atau lambat dikarenakan gangguan lokal (emboli dan thrombus) atau karena gangguan umum (jantung, paru dan hipoksia). Tubuh akan kekurangan suplai oksigen dan nutrient jika hal diatas terjadi penyumbatan di otak dan terjadi pada daerah neuromuscular ataupun neuromuskuloskeletal seperti ekstremitas maka akan terjadi kecacatan pada anggota pergerakan fisik yaitu akan muncul masalah gangguan mobilitas fisik pada tubuh klien yang mengalami Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark (Sholeh, 2019). Adapun faktor resiko yang menjadi pemicu stroke yaitu hipertensi, merokok, dyslipidemia, diabetes melitus, obesitas, alcohol dan fibriliasi atrial (Kemenkes RI, 2024).

Penatalaksanaan Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark pada klien gangguan mobilitas fisik sel cara mandiri diberikan ketika kondisi hemodinamik dan neurologis pasien stabil. Penatalaksanaannya dapat

berupa farmakologis dan non farmakologis. Terapi non farmakologis dapat diberikan dengan cara latihan Range Of Motion (ROM) adalah salah satu terapi untuk berlatih dalam proses rehabilitasi agar terhindar dari kecacatan permanen yang bias terjadi pada pasien CVA Infark. Latihan ini juga merupakan bentuk penatalaksanaan mendasar yang dapat dilakukan oleh perawat (Setyawati, 2019). Terapi genggam bola karet biasa menghasilkan kontraksi otot dengan bantuan dari luar yaitu dengan fisioterapi dan alat mekanis. Terapi ini berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot, merangsang syaraf motoric di tangan dan diteruskan ke otak, dan memperbaiki tonus otot dan reflek tendon yang mengalami kelemahan (Margiyati, 2022). Memberikan terapi permen karet xylitol untuk mencegah dan menurunkan derajat mukositis oral. Selain itu, untuk mengurangi tingkat insidensi yang terjadi maka masyarakat harus membiasakan pola hidup sehat dengan cara mengkonsumsi makanan bergizi dan seimbang seperti sayuran, buah-buahan. Di imbangi dengan aktivitas fisik yang cukup seperti olahraga. Menerapkan minum air 2 liter perhari, menghindari obat-obatan terlarang, istirahat yang adekuat. Penatalaksanaan farmakologis CVA Infark dengan diberikan obat-obatan yang mengatasi edema otak misalnya manitol, gliserol, dan lainnya (Lyana Kartika Permatasari, 2023).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada Klien dengan *CVA (Cerebrovascular Accident)* Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada penulisan proposal Karya Tulis Ilmiah ini adalah pengambilan kasus *CVA (Cerebravascular Accident) Infark* dengan masalah konstipasi yang dirawat di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek”

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti dapat dirumuskan pada masalah “ Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan *CVA infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

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

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien *CVA (Cerebro Vaskuler Accident) Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan penyakit *CVA(Cerebro Vaskuler Accident)Infark* pada pasien di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
3. Menyusun tindakan (intervensi) yang tepat pada pasien

4. Melaksanakan tindakan (implementasi) yang tepat pada pasien *CVA(Cerebro Vaskuler Accident) infark*.
5. Melakukan evaluasi tindakan pada pasien *CVA(Cerebro Vaskuler Accident) infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
6. Menganalisa antara Teori dan Fakta Asuhan Keperawatan pada klien *CVA (Cerebro Vascular Accident) infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada pasien *CVA infark*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Institusi Rumah Sakit

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan khususnya perawatan *CVA infark*.

2) Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *CVA infark* yang dapat dipakai sebagai acuan praktik mahasiswa keperawatan

3) Bagi Peneliti

Hasil penulisan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan maupun personal dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dalam perawatan pada pasien *CVA infark*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*)

2.1.1 Definisi

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat dari gangguan suplai darah ke bagian otak (Brunner & Suddarth, 2015).

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) *infark* atau infark serebral adalah kondisi ketika aliran darah di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak. Kerusakan ini terjadi karena jaringan otak tidak mendapatkan cukup oksigen yang disebabkan oleh adanya hambatan di pembuluh darah arteri otak. Tanpa oksigen yang memadai, sel dan jaringan otak akan mengalami kerusakan dan mati. (Tim Promkes RSST, 2022). CVA (*Cerebral Vaskuler Accident*) *Infark* merupakan kondisi kekurangan suplai darah ke otak yang disebabkan adanya thrombus atau emboli (Otavianus, 2014)

Penghambatan aliran oksigen ke sel-sel otak selama 3 atau 4 menit saja sudah mulai menyebabkan kerusakan sel-sel otak. Semakin lama penghambatan itu terjadi, efeknya akan semakin parah dan semakin sulit untuk dipulihkan. Oleh sebab itu, tindakan yang cepat dalam mencegah dan mengatasi serangan CVA sangat menentukan kesembuhan atau pemulihan kesehatan para penderita CVA. Sedangkan dalam kejadian CVA terdapat serang CVA yang hanya 1-24 jam saja dan bisa dikenal dengan istilah *Transient Iskemik Attack* (TIA). Orang

awan cenderung menganggap CVA sebagai penyakit. Sebaliknya, para dokter justru menyebutnya sebagai gejala klinis yang muncul akibat pembuluh darah jantung (*Kardiovaskuler*) yang bermasalah, penyakit jantung atau keduanya secara bersamaan (Auryn, 2020).

2.1.2 Klasifikasi CVA Infark

CVA infark yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli atau penyempitan lumen arteri. Pada *Cerebro Vaskuler Accident (CVA) Infark* 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. Klasifikasi *CVA infark* menurut (Hariyanto, 2015) :

- 1) *CVA (Cerebro Vascular Accident) Thrombosis* adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- 2) *CVA (Cerebro Vascular Accident) emboli* adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak.
- 3) *Hipoperfusi sistemik* adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang.
- 4) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi CVA Infark

Menurut (Que,B.J., 2023), Etiologi CVA meliputi :

1) Timbulnya *Trombosis*

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

2) 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.

3) Akibat adanya 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 Faktor Resiko

Stroke adalah kondisi medis serius yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak. Faktor risiko stroke dapat dikategorikan menjadi dua kelompok: faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah.

1. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah Menurut (p2ptm, 2024):

- a. Usia: Risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia 55 tahun.

- b. Jenis Kelamin: Pria memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke dibandingkan wanita, meskipun wanita cenderung memiliki tingkat keparahan yang lebih tinggi jika mengalami stroke.
- c.) Riwayat Keluarga: Adanya anggota keluarga dengan riwayat stroke dapat meningkatkan risiko individu untuk mengalami kondisi serupa.
- d). Ras atau Etnis: Beberapa kelompok etnis memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dibandingkan yang lain, misalnya orang kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan orang kulit putih.

2. Faktor Risiko yang Dapat Diubah menurut (Yofa, 2022):

- a.) *Hipertensi* (Tekanan Darah Tinggi): Merupakan faktor risiko utama untuk stroke. Kontrol tekanan darah yang baik dapat menurunkan risiko stroke secara signifikan.
- b.) *Diabetes Mellitus*: Kadar gula darah yang tidak terkontrol dapat merusak pembuluh darah dan meningkatkan risiko stroke.
- c.) *Dislipidemia*: Kadar kolesterol yang tinggi dalam darah dapat menyebabkan aterosklerosis, yang meningkatkan risiko stroke.
- d.) *Merokok*: Kebiasaan merokok dapat merusak pembuluh darah dan meningkatkan risiko pembekuan darah, yang dapat menyebabkan stroke.
- e.) *Konsumsi Alkohol Berlebihan*: Penggunaan alkohol dalam jumlah besar dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko stroke.

- f.) Obesitas: Kelebihan berat badan berhubungan dengan peningkatan risiko hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung, yang semuanya meningkatkan risiko stroke.
- g.) Kurangnya Aktivitas Fisik: Gaya hidup sedentari dapat meningkatkan risiko obesitas dan penyakit terkait lainnya yang berkontribusi terhadap risiko stroke.
- h.) Pola Makan Tidak Sehat: Diet tinggi lemak jenuh, garam, dan gula dapat meningkatkan risiko hipertensi, dislipidemia, dan diabetes, yang semuanya berhubungan dengan peningkatan risiko stroke.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis atau bisa disebut tanda dan gejala umum menurut Brunner (2015) mencakup :

- 1) Kebas atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki (terutama pada satu sisi tubuh)
- 2) Kebingungan/*konfusi* atau perubahan status mental
- 3) Sulit berbicara atau memahami pembicaraan
- 4) Gangguan visual
- 5) Kehilangan keseimbangan, pening, kesulitan berjalan; atau sakit kepala berat secara mendadak.

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

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*Hemiparesis*) atau *Himiplegia (Paralisis)* yang timbul secara Mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada vulenter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)

Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.

4) *Afasia* (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi berbicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hamisfer kiri biasanya terjadi pada CVA dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri.

5) *Disartia* (Bicara cadel atau pelo) Disartia merupakan kesulitan bicara

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

6) Gangguan penglihatan, *diplopia*

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

7) *Disfagia*

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

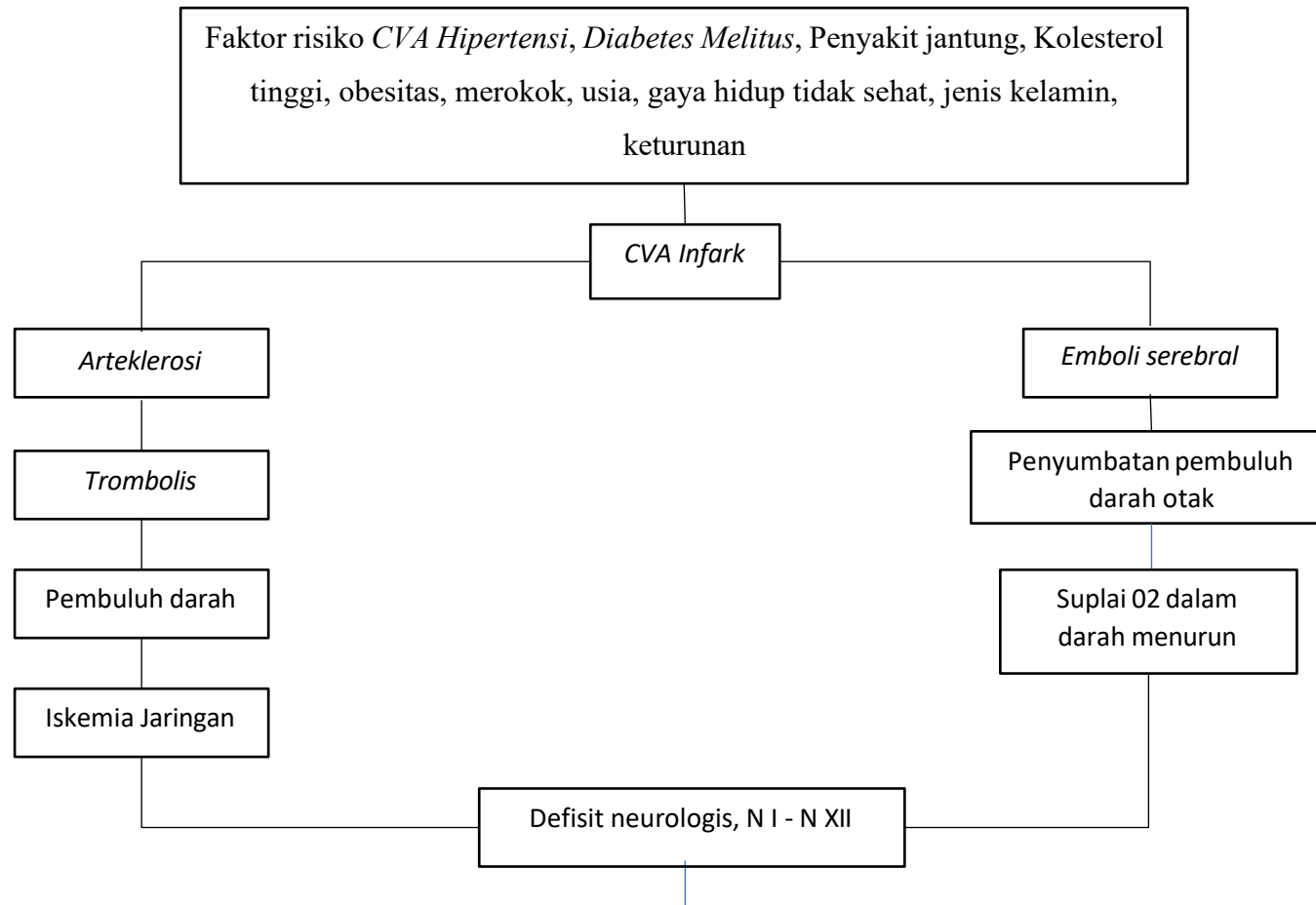
8) *Inkontinensia*

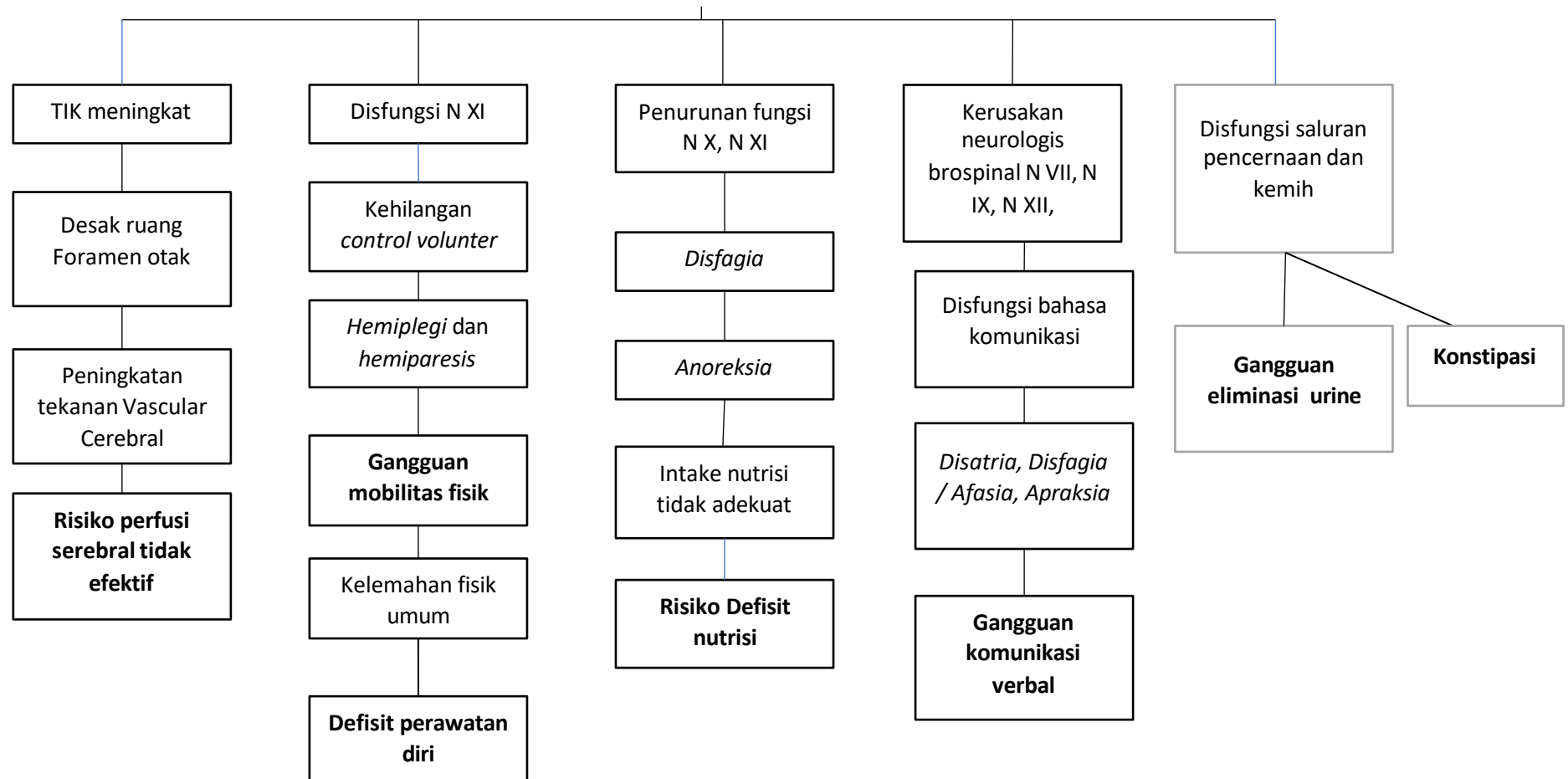
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

9) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri

10) *Konstipasi*, Pasien stroke sering mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh ,yang mengurangi kemampuan mereka untuk bergerak. Aktivitas fisik yang berkurang menyebabkan perlambatan peristaltik usus, sehingga feses bergerak lebih lambat dan menjadi keras.

2.1.6 Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi

Patofisiologi, (NANDA, 2016)

Uraian Patofisiologi

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (Cerebro Vascular Accident) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA Faktor terjadinya CVA infark yaitu Tromboli 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) . emboli disebabkan karena adanya udara, lemak ataupun bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah dan berakibat penyumbatan pada pembuluh darah di otak, factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **Resiko perfusi serebral tidak efektif** salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah,

lengan, ataupun kaki menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan komunikasi verbal**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan**. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot finger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine dan konstipasi**

2.1.7 Komplikasi

CVA dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi, dan sebagian besar komplikasi tersebut berakibat fatal. Beberapa jenis komplikasi yang mungkin muncul, antara lain :

- 1) *Deep vein thrombosis*. Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi tersebut dikenal sebagai *deep vein thrombosis*. Kondisi ini terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini

meningkatkan risiko untuk terjadinya penggumpalan darah. *Deep vein thrombosis* dapat diobati dengan obat antikoagulan.

- 2) Sebagian pengidap CVA hemoragik dapat mengalami *hidrosefalus*, yaitu menumpuknya cairan otak di dalam rongga jauh di dalam otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.
- 3) Kerusakan yang disebabkan oleh CVA dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Masalah dalam menelan tersebut dikenal sebagai *disfagia*. *Disfagia* dapat menyebabkan *pneumonia aspirasi* (Maria, 2021).

Menurut Tarwoto (2013), komplikasi dari CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu:

- 1) Fase Akut

- a) *Hipoksia* serebral dan menurunnya aliran darah otak. Karena perdarahan pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Hipoksia jaringan otak akan terjadi karena tidak adekuatnya aliran darah. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

- b) *Edema Serebri*

Jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik terjadilah edema dimana tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan

meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

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

d) Aspirasi

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

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau akut lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak

c) Malnutrisi karena intake yang tidak adekuat

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Penunjang untuk pasien CVA infark (anonime,2022) :

1) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) : menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragik.

- 2) CT Scan (*Computerized Tomograft Scaning*) : mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) EEG (*Flektro Encephalografi*) : mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi Serebral* : mendiagnosis penyebab CVA, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau rupture.
- 5) ECG (*Elektro Kardiogram*) : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab CVA.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap: Hb, Leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA menurut Tarwoto (2013) :

- 1) Penatalaksanaan Umum :
 - a) Pada fase akut
 - (1) Terapi cairan, pada fase akut CVA beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.
 - (2) Terapi oksigen, pasien CVA iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen,

penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah oksimetri.

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

b) Fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Program manajemen bladder dan bowel

- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4) Pertahankan integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan pasien pulang

2) Pembedahan

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

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis CVA

a) CVA iskemia

- (1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinan tissueplasminogen)
- (2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabeta, kaptopril antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

b) CVA hemoragik

- (1) Anti hipertensi: katropil, antagonis kalsium
- (2) Diuretik: manitol 20 % , furosemide
- (3) Antikonfalsan: fenitoin

4) Penatalaksana pasien stroke yang mengalami konstipasi

a. Peningkatan mobilitas fisik

Latihan miring kanan dan kiri setiap 2jm untuk menghindari tekanan berlebih pada punggung serta membantu pergerakan usus

b. Pengaturan diit

Pemberian diit dengan memberi makanan tinggi serat serta rendah garam

c. Pemberin suppositoria untuk pasien stroke dengan gangguan konstipasi

berguna untuk merangsang dan melumasi pergerakan usus

d. Pemberian edukasi

Memberi edukasi kepada keluarga pasien dan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi serat, molisasi yang baik agar mencapai pola BAB yang teratur.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Sasaran asuhan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit (Rohmah, 2009).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat

dari klien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2014).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

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

b) Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri yaitu pada umumnya keluhan pasien CVA terjadi dua hal yaitu CVA hemoragik dan non hemoragik. CVA 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 CVA Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual, muntah, kelemahan reflex, afasia (gangguan komunikasi), difasia (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar (Rhestifujiayani, 2015)..

c) Riwayat penyakit sekarang

CVA berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak

sadar, selain gejala 17 kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat CVA sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan (Ignatavicius, 2010)

e) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetic/keturunan

f) Riwayat Psikososial

CVA memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan sehingga faktor biasa ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran Klien dan Keluarga. Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga yang tidak harmonis, status dalam pekerjaan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah (Tarwoto, 2013).

2) Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang,

mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Doenges & Marilyn, 2000).

b) Minum

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

c) Eliminasi

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria. Pada pola eliminasi BAB didapatkan konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilitas dan bising usus negative. (Doenges & Marilyn, 2000).

d) Pola Istirahat Tidur

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Doenges & Marilyn, 2000).

e) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doenges & Marilyn, 2000).

f) Pola peran dan hubungan interaksi sosial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doenges & Marilyn, 2000).

g) Pola keyakinan dan nilai

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Doenges & Marilynn, 2000).

3) Pemeriksaan Fisik

- a) Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran.
- b) Keadaan umum : Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).
- c) Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara, atau bicara pelo
- d) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan
- e) Pemeriksaan kepala dan leher, meliputi :

(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 operasi.

(2) Muka :

Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis. (Tarwoto, 2013)

(3) Mata :

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

(4) Hidung

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2008)

(5) Telinga

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

(6) Mulut

Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Muttaqin, 2008).

f) Pemeriksaan integumen

- (1) Kulit : jika klien kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dekubitus.

(2) Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis

(3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan

g) Pemeriksaan Dada/Thorax

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

(a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000).

(b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

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

(d) Auskultasi : Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000).

(2) Pemeriksaan jantung

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

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

h) Pemeriksaan 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 (Doenges & Marilyn, 2000).

i) Pemeriksaan Inguinal, Genetalia, Anus

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges & Marilyn, 2000).

j) Pemeriksaan Ekstermitas

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).

k) Pemeriksaan Neurologis

Ada 12 nervus cranial, diantaranya adalah : (Muttaqin, 2008).

- (1) *Nervus Kranialis 1 olfaktorius* : Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- (2) *Nervus Kranialis 2 optikus* : Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang
- (3) *Nervus Kranialis 3 okulomotoris*,: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar
- (4) *Nervus Kranialis 4 Trochlearis* : Kelainan berupa paralisis nervus trochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial
- (5) *Nervus Kranialis 5 Trigeminus* : 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
- (6) *Nervus Kranialis 6 abduksen* : Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang

paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior

- (7) *Nervus Kranialis 7 facialis* : Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (8) *Nervus Kranialis 8 auditorius* : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo
- (9) *Nervus Kranialis 9 glossofaringius* dan *Nervus Kranialis 10 vagus* : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
- (10) *Nervus Kranialis 11 asesoris* : Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta

kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu

- (11) *Nervus Kranialis 12 hipoglosal* : Kerusakan nervus hipoglossus 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 hipoglossus 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.

l) Pemeriksaan refleks

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

m) Pemeriksaan penunjang

Diantaranya adalah:

- (1) Pemeriksaan radiologi atau rotgen kepala dan medulla spinalis
- (2) MRI (Magnetic Resonance Imaging) : untuk menunjukkan

area yang mengalami hemoragik.

- (3) Pemeriksaan laboratorium darah
- (4) Angiografi serebral : untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- (5) Pemeriksaan foto thorak : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita CVA infark.
- (6) Lumbar Pungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari pertama.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons Klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons Klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berikut adalah diagnosa dari CVA dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) :

- 1) Risiko Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- 1) Embolisme.

- 2) Hipertensi.
- 3) Cedera kepala.
- 4) Penyalahgunaan zat.

Kondisi Klinis :

- 1) Stroke.
- 2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- 1) Gangguan muskulusekeletal.
- 2) Gangguan neuromaskular.
- 3) Kelemahan.
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik.
- 5) 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 :

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan.
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- 3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi.
- 4) Faktor ekonomi.
- 5) Faktor psikologis.

Kondisi Klinis

- 1) Stroke,

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- 1) Penurunan sirkulasi serebral.
- 2) Gangguan neuromuskuler.
- 3) Gangguan pendengaran.

- 4) Gangguan muskulusekelestial.
- 5) Kelainan platum.
- 6) 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 :

- 1) Iritasi kandung kemih.
- 2) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan.
- 3) Efek tindakan medis dan diagnostic.
- 4) Kelemahan otot pelvis.
- 5) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- 6) Hambatan lingkungan.
- 7) Ketidakmampuan mengakses toilet.
- 8) Hambatan lingkungan.
- 9) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.
- 10) Outlet kandung kemih tidak lengkap.

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).

7) Konstipasi (D.0049)

Definisi : Konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penyebab :

1) Fisiologis

- a. Penurunan motilitas gastrointestinal
- b. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- c. Ketidakcukupan diet
- d. Ketidakcukupan asupan serat
- e. Ketidakcukupan asupan cairan
- f. Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung)
- g. Kelemahan otot abdomen

2) Psikologis

- a. Konfusi

- b. Depresi
- c. Gangguan emosional
- 3) Situasional
 - a. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan)
 - b. Ketidakadekuatan toileting
 - c. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
 - d. Penyalahgunaan laksatif
 - e. Efek agen farmakologis
 - f. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
 - g. Kebiasaan menahan dorongan defekasi
 - h. Perubahan lingkungan

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Eliminasi Urin

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	- Defekasi kurang dari 2 kali seminggu - Pengeluaran feses lama dan sulit - Feses keras. - Peristaltik usus menurun	- Feses keras. - Peristaltik usus menurun
Minor	- Mengejan saat defekasi.	- Distensi abdomen. - Kelemahan umum. - Teraba massa pada rektal

(PPNI, 2017).

8) 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.
- 7) Gangguan sensori persepsi.

Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

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

(PPNI,201

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SIKI	SLKI	Rasional
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Dengan 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 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. Memerikan posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO2 pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik

				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 Meningkatkan (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian Meningkatkan (5) 3. Kemampuan makan Meningkatkan (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkatkan (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkatkan (5) 6. Minat melakukan perawatan diri Meningkatkan (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri Meningkatkan (5) 8. Mempertahankan kebersihan mulut Meningkatkan (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 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 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan menelan meningkat (5) 3. Kekuatan mengunyah meningkat (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien 3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien 4. Untuk mengidentifikasi

		4. Berat badan membaik (5) 5. Indek masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	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 <i>Edukasi</i> 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	kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang diperlukan klien 5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 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 : 1. Kemampuan bicara	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 2. Untuk monitor

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

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

	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)	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 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidu) 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 (misal. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	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.	Konstipasi (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: -Keluhan defekasi lama dan sulit menurun -Pengeluaran feses mudah. -Konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal.	Manajemen Konstipasi (I.04155) Observasi -Periksa tanda dan gejala konstipasi -Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) -Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) -Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis Terapeutik -Anjurkan diet tinggi serat -Lakukan masase abdomen, jika perlu -Lakukan evakuasi feses	observast: 1. unnk melihat warna, frekuensi, konsistensi, dan volume dari buang air besar tersebut 2. untuk mengetahui tanda dan gejala dan konstipasi impaksi Terapeutik: 3. air hangat dapat mebantu meredakan nyeri dan dapat meredakan kostipasi dan dapat membuat klien berkeringat

	secara manual, jika perlu Berikan enema atau irigasi, jika perlu Edukasi -Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan -Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi -Latih buang air besar secara teratur -Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi Kolaborasi -Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.	4. makanan yang tinggi serat dapat membantu klien dalam meredakan konstipasi Edukasi: 5. agar klien mengetahui dapat jenis makanan yang dapat meningkatkan keteraturan peristaltic 6. asupan cairan yang cukup dapat membantu klien dalam mengatasi konstipasi Kolaborasi: 7. pemberian supositoria anal dapat membantu melancarkan klien dalam mengeluarkan feses tanda dan gejala dan konstipasi 9. untuk faktor mengetahui dari konstipasi risiko Terapeutik: 10 agar perawat dapat memantau feses dark lien tersebut (mis warna, konsistensi) Edukasi: 11. asupan cairan yang cukup dapat membantu melancarkan klien dalam mengeluarkan feses 12. agar klien mampu mengatasi konstipasi impaksi tersebut
--	--	--

2.2.4 Implementasi

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

Sementara tahap-tahap yang harus dilaksanakan dalam pelaksanaan adalah :

1) Tahap Persiapan

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

2) Tahap Pelaksanaan

- a) Berfokus pada Klien
- b) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil
- c) Memerhatikan keamanan fisik dan psikologis pasien
- d) Kompeten

- 3) Tahap sesudah pelaksanaan
 - a) Menilai keberhasilan tindakan
 - b) Mendokumentasikan tindakan yang meliputi :
 - (1) Aktivitas/Tindakan Perawat
 - (2) Hasil/Respon Pasien
 - (3) Tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan, tanda tangan.
- (Rohmah, 2009).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2009). Semua intervensi keperawatan dievaluasi dengan membandingkan respons aktual klien terhadap hasil yang diharapkan dari rencana/intervensi keperawatan (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015).

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

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang 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 III

METODE PENELITIAN

Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat yang perlu diperhatikan yaitu, cara ilmiah, data, tujuan dan kegunaan (Sugiyono, 2009). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisa data. Metode pada penelitian deskripsi dan kualitatif ini meliputi : wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi

3.1 Rancangan Penelitian

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

penelitian deskripsi yaitu suatu desain yang bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Notoadmodjo, 2005). Rancangan pada penelitian ini menggunakan pendekatan metode study kasus dan dalam penelitian studi kasus ini bertujuan untuk menganalisa Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami CVA (*Cerebro Vascular Accident*)

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan kunci focus studi kasus. (Sukarni,2010). Pada penelitian deskriptif kualitatif pendekatan studi kasus adalah Asuhan Keperawatan pasien dengan CVA (*Cerebrovascular Accident*)*Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian tindakan proses keperawatan dalam membantu menyelesaikan masalah kebutuhan dasar manusia yang terdiri dari pengkajian, analisa data, penentuan diagnose, penyusunan perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan yang telah dilaksanakan. CVA (*Cerebra Vascular Accident*) *Infark* merupakan gangguan fungsi pada bagian otak yang diakibatkan oleh kurangnya suplai darah ke dalam otak dan disebabkan karena adanya thrombus dan *emboli* yang terjadi begitu cepat dengan kondisi pasien Komplikasi ataupun tanpa Komplikasi dengan tingkat kesadaran pasien *composmentis* dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan subjek yang dilibatkan dalam kegiatan mental dan emosi secara fisik sebagai peserta dalam memberikan respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam proses belajar-mengajar serta mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya (Fadliyati, R, 2015). Partisipan dalam penelitian ini adalah satu pasien yang mengalami CVA Infark dengan masalah konstipasi di ruang unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kriteria : tingkat kesadaran klien composmentis, klien bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan, klien bisa laki- laki atau perempuan, tidak ada batasan umur..

3.3.1 Lokasi

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

3.3.2 Waktu

Waktu pengambilan dan pelaksanaan rencana dilakukan pada 9 April 2025

3.4 Pengumpulan Data

3.4.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Menurut Burns dan Grove, pada Nursalam, 2013 Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga

pengumpul data (jika diperlukan), memerhatikan prinsip-prinsip validitas dan reliabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

3.4.2 Prosedur Pengumpulan Data

Merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data tersebut antara lain berupa kuesioner/angket, observasi, wawancara atau gabungan ketiganya (Hidayat A, 2007). Prosedur pengumpulan data menurut (Suryono, 2013) meliputi empat tahap yaitu :

1) Tahap Persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek.
- b) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan Surat Pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
- c) Mendapat persetujuan izin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek

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

2) Tahap Kontrak

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

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan dan dimulai dari pengkajian yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan klien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan *Nursing Kit*. Pengambilan data ini membutuhkan waktu rata-rata 35

menit setiap klien. 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 parstisipan

3.5 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta – fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada Proposal Karya Tulis Ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2009).

3.5.1 Kepercayaan (*Creadibility*)

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

3.5.2 Keteralihan (*Transferability*)

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.

3.5.3 Ketergantungan (*Dependability*)

Dependability merupakan kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti menggunakan metode deskriptif. Peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose stroke iskemik. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan izin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya.

3.5.4 Kepastian (*Confirmability*)

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

melalui upaya validasi data klien pada saat melakukan Asuhan Keperawatan.

3.6 Analisa Data

Menurut (*Sugiyono, 2010*), bahwa analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain.

Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Penelitian medis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

3.7 Etika

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

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 (Hidayat, 2007)

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

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

3. *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 (Hidayat, 2007)

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang pasien, Tn “L” dengan *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek Kabupaten Trenggalek pada 9 April 2025 sampai tanggal 12 April 2025. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit stroke memiliki 22 kamar meliputi 2 HCU, 6 Kamar perawatan kelas 1, 2 kamar perawatan kelas 2 dan 12 kamar perawatan kelas 3. Penyakit dalam pada Ruang Unit Stroke terdiri dari penyakit pada system persyarafan, seperti *CVA*, SAH, Tumor Otak. Di ruang Unit Stroke terdapat 15 paramedis, 1 Administrasi dan 3 Cleaning Service. Paramedis yang berjumlah 15 orang diantaranya 1 Kepala Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 8 Perawat Pelaksana. Ruang Unit stroke memiliki beberapa ruangan lain yaitu 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan dan 9 kamar pasien.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien
1. Nama	Tn,L
2. Jenis kelamin	Laki laki
3. Umur	96 Tahun
4. Status	Menikah
5. Agama	Islam
6. Suku bangsa	Jawa
7. Pekerjaan	Petani
8. Pendidikan terakhir	SD
9. Alamat	Desa Timahan, Kecamatan Kampak, Kabupaten Trenggalek
10. Tanggal MRS	7 April / 22.00 WIB
11. Tanggal pengkajian	9 April 2025 / 14.30 WIB
12. Diagnosa medis	<i>CVA Infark</i>
13. Nomor register	544030

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien
Keluhan utama	- Saat MRS : Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. - Saat pengkajian : Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal).
1. Riwayat penyakit sekarang	- Keluarga pasien mengatakan pada hari senin 7 April 2025 pagi Ketika pasien bangun tidur tubuh pasien menggigil, pusing dan muntah. Karena tidak kunjung membaik keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke klinik Romowijoyo pada pukul 09.30 dan dirujuk ke Rsud dr.Soedomo, di UGD sampai sekitar pukul 14.30. sesampainya di UGD pasien dilakukan pemeriksaan dan ditemukan pasien mengeluh menggigil dan kesadaran pasien menurun. Setelah itu pasien kemudian dipindahkan ke ruang Unit Stroke sekitar pukul 18.00.
2. Riwayat penyakit dahulu	- pasien mempunyai riwayat hipertensi tetapi tidak pernah kontrol (terdeteksi 3tahun yang lalu), pasien memiliki riwayat merokok aktif sebelum sakit.
3. Riwayat keluarga	- Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit stroke. - Genogram : Genogram : Keterangan □ : Laki-Laki ○ : Perempuan ✕ : Meninggal — : Menikah : Garis Keturunan - - : Tinggal Satu Rumah ↗ : pasien
4. Riwayat psikososial dan spiritual	Keluarga pasien mengatakan dalam kesehariannya pasien aktif dalam beraktivitas sehari-hari, pasien mudah ber- sosialisasi dengan tetangga dan aktif juga dalam kegiatan lingkungan kegamaan. Pasien juga aktif dalam sholat berjamaah di masjid tetapi saat sakit pasien mengalami sedikit kesulitan berkomunikasi karena pasien mengalami gangguan bicara yaitu cedal.

3) Pola Kesehatan

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

Pola	Pasien
1. Makan	- Saat di Rumah : Keluarga pasien mengatakan pasien biasa makan 3 kali sehari, habis 1 porsi dengan jenis makanan nasi, sayur, dan lauk pauk. - Saat di RS : Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari, terkadang habis 1 porsi tetapi terkadang hanya makan setengah porsi dengan jenis nasi, sayur, dan lauk-pauk tidak mengalami kesulitan menelan dan muntah.
2. Minum	- Saat di Rumah : Keluarga pasien mengatakan pasien biasa minum 4-5 gelas sehari atau sekitar 1.250 ml per 24 jam. - Saat di RS : Keluarga mengatakan pasien minum 1 botol air mineral sehari atau sekitar 600 ml per 24 jam.
3. BAB	- Saat di Rumah : Pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari di pagi hari dengan konsistensi lunak, warna kuning, dan bau khas feses. - Saat di RS : Keluarga mengatakan pasien belum BAB selama 3 hari semenjak masuk rs
4. BAK	- Saat di Rumah : Pasien mengatakan saat di rumah BAK 3-5 kali sehari, dengan warna kuning jernih, bau khas urine, tidak ada nyeri kencing serta tidak ada kesulitan saat berkemih. - Saat di RS : Keluarga mengatakan pasien BAK 2-3 kali sehari menggunakan pispot warna kuning jernih, bau khas urine dan tidak mengalami inkontinensia urine
5. Aktivitas	- Saat di Rumah : Keluarga pasien mengatakan pasien saat sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara bebas mandiri tanpa bantuan orang lain. - Saat di RS : Keluarga pasien mengatakan saat di RS pasien hanya tidur berbaring, untuk aktivitas dibantu oleh keluarga pasien yang menunggu.
6. Istirahat tidur	- Saat di Rumah : Pasien mengatakan biasa tidur saat malam hari pukul 20.30-04.30 - Saat di RS : Keluarga pasien mengatakan saat di RS pasien tidur pada malam hari pukul 20.00-00.00 terbangun pagi

	menjelang subuh pukul 05.00. tidak terdapat kesukaran untuk istirahat .
7. Kebersihan diri	- Saat di Rumah : Pasien mengatakan saat di rumah mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 2 kali sehari dan keramas menggunakan shampo 2 kali dalam seminggu - Saat di RS : Pasien mengatakan saat di RS tidak mandi hanya disibin 2 kali sehari pada pagi dan sore hari oleh keluarganya.
8. Riwayat Psikososial	- Pola Komunikasi Pasien bicara cedal, bicara pasien tidak jelas dan terkadang juga tidak langsung memahami perintah. - Konsep Diri a) Gambaran diri Pasien mengatakan bersyukur terlahir secara utuh sempurna b) Ideal diri Pasien mengatakan ingin segera keluar dari RS dan beraktivitas lagi c) Harga diri Keluarga pasien mengatakan pasien tidak merasa malu walaupun dalam keadaan sakit d) Peran Keluarga pasien mengatakan pasien seorang kepala rumah tangga, suami, bapak, dan kakek e) Identitas diri Pasien mengatakan namanya tn.L , seorang ibu rumah tangga. f) Keyakinan terhadap agama Pasien dan keluarga mengatakan selalu yakin dan berdoa agar cepat sembuh

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
1. Keadaan umum : (a) Tingkat kesadaran : (b) TTV	Keadaan umum lemah dan terpasang infus PZ 14 tpm. Kesadaran composmentis. GCS : 4,5,6 Eye 4 (membuka mata spontan, Verbal 5 (orientasi sadar), Motorik (mengikuti perintah), bicara sulit (cedal) TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt

	S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%
2. Kepala (a) Rambut : (b) Mata (c) Hidung (d) Telinga (e) Mulut	➤ Bentuk kepala normal tidak ada luka atau benjolan, ➤ Rambut bersih, persebaran merata, warna rambut putih merata ➤ Simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak pucat, sklera putih, tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata ke atas dan bawah serta ke kanan dan kiri, dan tidak ada kotoran pada mata. ➤ Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. ➤ Tidak ada serumen dan tidak ada gangguan pendengaran ➤ Bibir tampak simetris, bibir kering, lidah bersih tetapi sedikit putih, gigi masih utuh, tidak ada gangguan menelan tetapi bicara cedal
3. Leher	➤ Tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, dan tidak ada pembengkakan vena jugularis.
4. Dada Paru-Paru (a) Inspeksi (b) Palpasi (c) Perkusi (d) Auskultasi Jantung (a) Inspeksi (b) Palpasi (c) Perkusi (d) Auskultasi	➤ Bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercosta. ➤ Vocal vremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri ➤ Suara paru sonor ➤ Suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan seperti ronkhi atau wheezing. ➤ Tidak terdapat pulsasi ➤ Teraba ictus cordis di ICS 4-5 midclavicula sinistra ➤ Suara jantung pekak ➤ Bunyi jantung 1 di ICS 4-5 midclavicula sinistra (lup) dan Bunyi jantung 2 di ICS 2 (dup)
5. Payudara (a) Inspeksi (b) Palpasi	➤ Payudara simetris, tidak ada pembengkakan, aerola tampak lebih gelap dari sekitarnya.

	➤ Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan				
6. Abdomen (a) Inspeksi (b) Auskultasi (c) Palpasi (d) Perkusi	➤ Bentuk membuncit, teraba keras, tidak terdapat luka, dan tidak terdapat bayangan pembuluh darah. ➤ Bising usus 4x/menit ➤ Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa. ➤ Tympani				
7. <i>Genetalia</i> , anus	➤ Tidak ada kelainan ➤ Tidak ada <i>inkontinensia</i> atau <i>retensi urine</i>				
8. <i>Ekstremitas</i>	➤ Tidak terdapat penurunan kekuatan otot pada semua daerah <i>ekstremitas</i> dan skala kekuatan otot yaitu : <table border="1"> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table> Ket : 5 = Kekuatan otot penuh	5	5	5	5
5	5				
5	5				
9. <i>Integument</i>	➤ Kulit lembab, warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi, tidak terdapat luka, tidak terdapat oedem, akral hangat, turgor lembali < 2 detik, dan CRT < 2 detik.				
10. Pemeriksaan neurologis	(1) Nervus Olfaktorius Penciuman pasien baik, pasien mampu menyium bau-bauan seperti minyak kayu putih (2) Nervus Optikus Pasien mampu melihat tanpa alat bantu (3) Nervus Okulomotorik Pupil miosis (mampu mengecil saat ada rangsangan cahaya) (4) Nervus Toklear Pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah (5) Nervus Trigemini Pasien mampu merasakan sentuhan (6) Nervus Abdusen Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri (7) Nervus Fasialis Pasien mampu mengerutkan dahi (8) Nervus Auditori				

	Pasien mampu mendengar suara sekitar (9) Nervus Glososfaringeus Pasien mengalami kesulitan bicara (cedal) dan pasien mampu membedakan rasa (10) Nervus vagus Pasien tidak mengalami kesulitan menelan (11) Nervus Aksesorius Pasien mampu menggerakkan bahu (12) Nervus Hipoglosus Pasien kesulitan menjulurkan lidah
--	---

5) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	15.2	g/dL	12.5 - 16.0
Hematokrit	46.6	%	37.0 - 47.0
Lekosit	18.7	$10^3/\text{ul}$	4.0 - 10.5
Trombosit	228	$10^3/\text{ul}$	150 - 450
Eritrosit	4.96	Juta/uL	3.50 - 4.76
- M C V	94.0	fL	78.0 - 100.0
- M C H	30.6	Pg	31.0 - 37.0
- M C H C	32.6	g/dl	37.0 - 54.0
RDW	13.3	%	11.0 - 16.0
PDW	10.4	fL	9.0 - 17.0
PV	8.9	fL	8.0 - 11.0
Hitung Jenis (DIFF) :			
- Neu%	76.8	%	37.0 - 72.0
- Lym%	14.0	%	15.0 - 50.0
- Mxd%	9.2	%	0.0 - 14.0
- Neu#	14.4	$10^3/\text{ul}$	1.5 - 6.6
- Lym#	2.6	$10^3/\text{ul}$	1.5 - 3.5
- Mxd#	1.7	$10^3/\text{ul}$	< 1.0
Gula Darah			
Glukosa Darah	152	mg/Dl	< 180
FAAL GINJAL			
Ureum	17.1	mg/Dl	15.0 - 45.0
Creatinin	0.6	mg/Dl	0.6 - 1.1
FAAL HATI			
SGOT	22.8	U/L	9.0 - 25.0
SGPT	16.3	U/L	7.0 - 30.0

a) CT Scan

1. Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan
2. Tak tampak lesi hiperdense, berdensitas darah di brain parenchyma.

3. Sistem ventrikel normal, tak tampak mid line shift
4. Cerebellum normal
5. Tampak kalsifikasi abnormal di proyeksi MCA bilateral
6. Calvaria dan mastoid normal
7. Rhinosinusitis ethmoidalis anterior kiri

Kesimpulan

1. Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan
2. Atherosklerosis MCA bilateral

6) Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan)

Tabel 4.6 Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan)

Tanggal	Terapi
9-4-2025	➤ Infus PZ 500 cc = 14 tpm ➤ Injeksi Citicolin 2x500 mg ➤ Anbacim 1gram ➤ Metronidazole 500 mg ➤ Santagesik ➤ Paracetamol 1gram ➤ Clopidagrel 1x75 mg (Per Oral)
9-4-2025	➤ Infus PZ 500 cc = 14 tpm ➤ Injeksi Citicolin 2x500 mg ➤ Anbacim 1gram ➤ Metronidazole 500 mg ➤ Paracetamol 1gram ➤ Clopidagrel 1x75 mg (Per Oral)
9-4-2025	➤ Infus PZ 500 cc = 14 tpm ➤ Injeksi Citicolin 2x500 mg ➤ Clopidagrel 1x75 mg (Per Oral)

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

NO	ANALISA DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. - Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1. Keadaan umum lemah	Gangguan perfusi jaringan serebral	Hipertensi

	2. Keasadaran Composmentis, GCS :E4,V5,M6 3.Nervus 9 (glosofaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 4 .Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 5.CT-Scan Kesimpulan -Sub acute-Chronic ischemic cerebral infraction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan. -Atherosklerosis MCA Bilateral. 6.TTV TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%		
2.	DS : Pasien mengatakan belum bab selama 3 hari semenjak masuk rs di rumah sakit DO : 1. Perut tampak membuncit 2. Perut teraba keras 3. Bising usus 4x/mnt TD 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%	Konstipasi	disfungsi saluran pencernaan
3.	DS : Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1.Pasien bicara sulit (pasien bicara cedal) 2.Nervus 9 (glosofaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 3 .Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 4.TTV TD 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskular

	SPO ₂ : 96%		
--	------------------------	--	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	9-4-2025	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi ditandai dengan : DS : 1.Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. 2.Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1.Keadaan umum lemah 2.Keasadaran Composmentis, GCS :E4,V5,M6 3.Nervus 9 (glossofaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 4.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 5.CT-Scan Kesimpulan -Sub acute-Chronic ischemic cerebral infraction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan. -Atherosklerosis MCA Bilateral. 6.TTV TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%	11-4-2025	
2.	9-4-2025	Konstipasi Berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan DS :	11-4-2025	

		Pasien mengatakan belum bab selama 3 hari semenjak masuk rs di rumah sakit DO : 1. Perut tampak membuncit 2. Perut teraba keras 3. Bising usus 4x/mnt 4. TTV TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%		
3.	9-4-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan Gangguan neuromuskular ditandai dengan : DS : Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1. Pasien bicara sulit (pasien bicara cedal) 2. Nervus 9 (glossofaringeus) terjadi masalah : klie mengalami kesulitan bicara (cedal) 3. Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 4. TTV TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%	11-4-2025	

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	SLKI	SIKI	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1	9-4-2025	D.0017	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pertahankan tingkat kesadaran 2) Tekanan intrakranial menurun 3) Tekanan darah sistol membaik 4) Tekanan darah diastol membaik 5) Reflek saraf membaik	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	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 2. Untuk monitor MAP pasien 3. Untuk monitor CVP pasien 4. Untuk monitor PAP pasien 5. Untuk monitor ICP pasien 6. Untuk monitor gelombang ICP pasien 7. Untuk monitor status pernapasan pasien 8. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 9. Untuk monitor cairan serebro- spinalis pasien 10. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 11. Memerikan posisi semi fowler 12. menghindari penggunaan PEEP 13. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 14. Mengatur ventilator agar PaCO₂ pasien optimal 15. mempertahankan suhu tubuh	

				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 diuretik Kolaborasi pemberian pelunak tinja	pasien normal 16. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan Kolaborasi pemberian diuretik	
2.	9-4-2025	D.0049	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: 1) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2) Pengeluaran feses mudah. 3) Konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal.	Manajemen Konstipasi (I.04155) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) 3. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 4. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis Terapeutik 5. Anjurkan diet tinggi serat 6. Lakukan masase abdomen, jika perlu 7. Lakukan evakuasi feses secara manual 8. Berikan enema atau irigasi, jika perlu Edukasi Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 9. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi	observasi: 1. untk melihat warna, frekuensi, konsistensi, dan volume dari buang air besar tersebut 2. untuk mengetahui tanda dan gejala dan konstipasi impaksi Terapeutik: 3. air hangat dapat membantu meredakan nyeri dan dapat meredakan konstipasi dan dapat membuat klien berkeriat 4. makanan yang tinggi serat dapat membantu klien dalam meredakan konstipasi Edukasi: 5. agar klien mengetahui dapat jenis makanan yang dapat meningkatkan keteraturan peristaltic	

				10. Latih buang air besar secara teratur 11. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi Kolaborasi 12. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu	6. asupan cairan yang cukup dapat membantu klien dalam mengatasi konstipasi Kolaborasi: 7. pemberian supostofia anal dapat membantu melancarkan klien dalam mengeluarkan feses tanda dan gejala dan konstipasi 9. untuk faktor mengetahui dari konstipasi risiko Terapeutik: 10 agar perawat dapat memantau feses dark lien tersebut (mis warna, konsistensi) Edukasi: 11. asupan cairan yang cukup dapat membantu melancarkan klien dalam mengeluarkan feses 12. agar klien mampu mengatasi konstipasi impaksi tersebut	
3	9-4-2025	D.0119	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan komunikasi	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif,	

		verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Kaku sendi menurun Kelemahan fisik menurun	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	anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien 2. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien 3. Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien 6. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 7. Ulangi apa yang disampaikan pasien 8. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman 9. Gunakan juru bicara 10. Anjurkan berbicara perlahan 11. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
--	--	---	--	---	--

				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 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis		
--	--	--	--	---	--	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

No	nggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi / Tindakan	Tanda Tangan
1.	9-4-2025 15.00 15.05 15.10 15.15 15.20 16.00	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi ditandai dengan : DS : -Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. -Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1.Keadaan umum lemah 2.Keasadaran Composmentis, GCS :E4,V5,M6 3.Nervus 9 (glosfaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 4.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 5.CT-Scan Kesimpulan -Sub acute-Chronic ischemic cerebral infraction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan. -Atherosklerosis MCA Bilateral. 5.TTV TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga 2. Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang sebab – sebab peningkatan TIK dan akibatnya. 3. Menganjurkan kepada pasien untuk tetap bedrest 4. Mengobservasi TTV : TD : 171/75 mmHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96% 5. Memberikan pisusi kepala 30 derajat lebih tinggi dari jantung 6. Menciptakan lingkungan yang tenang dan membatasi jumlah pengunjung. 7. Berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotector : Memberikan Injeksi IV: - Infus PZ 500 cc = 14 tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg - Anbacim 1gram - Metronidazole 500 mg - Paracetamol 1gram Memberikan obat oral : - Clopidagrel 1x75 mg (Per Oral)	
2.	9-4-2025	Konstipasi Berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan DS : Pasien mengatakan belum bab selama 3 hari semenjak masuk rs di rumah sakit DO :	1. Identifikasi factor resiko konstipasi 2.monitor tanda gejala konstipasi 3. anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan	

4.1.7 Evaluasi

1) Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

No	tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	9-4-2025 20.00	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi ditandai dengan : : -Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. -Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : Keadaan umum lemah 1.Keasadaran Composmentis, GCS :E4,V5,M6 2.Nervus 9 (glosfaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 3.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 4.CT-Scan Kesimpulan -Sub acute- Chronic ischemic cerebral infraction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan. -Atherosklerosis MCA Bilateral. 6.TTV TD : 165/75 mmHg N : 77x/mnt	S : Pasien mengatakan pusing berkurang O : -Ku. Lemah - Tekanan darah menurun -Kesadaran Composmentis - GCS 4,5,6 -Akral hangat - pusing berkurang -Tekanan darah menurun TTV TD : 165/75 mmHg N : 77x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan (2,3,11,12,18)

		S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 96%	
2	9-4-2025	Instipasi Berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan DS : Pasien mengatakan belum bab selama 3 hari semenjak masuk rs di rumah sakit DO : 1.Perut tampak membuncit 2.Perut teraba keras 3.Bising usus 4x/mnt 4.TTV TD : 165/75 mmHg N : 77x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 96%	S: - Keluarga pasien mengatakan belum BAB selama diris O - Keluhan defekasi lama dan sulit - Perut pasien tampak buncit - Pasien belum bab A - Masalah belum terasi P - Intervensi dilanjutkan (3,4,5,12)
3	9-4-2025 20.00	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : : -Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1.Pasien bicara sulit (pasien bicara cedal) 2.Nervus 9 (glosfaringeus) terjadi masalah : klie mengalami kesulitan bicara (cedal) 3.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 4.TTV TD : 165/75 mmHg	S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih cedal O : - Kondisi umum lemah - Bicara pasien masih cedal - Pasien masih kesulitan menjulurkan lidah - Pasien terlihat kesulitan dalam mengucapkan kata (berkomunikasi) A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan (5,9,12,13)

		N : 77x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 96%	
--	--	---	--

2) Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

Tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
10-4-2025 15.00	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi ditandai dengan :	1. Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang sebab – sebab peningkatan TIK dan akibatnya.	Jam : 20.00 S : - Pasien mengatakan pusing berkurang
15.05	:	2. Menganjurkan kepada pasien untuk tetap bedrest	O : -Ku. Lemah -Kesadaran Composmentis
15.10	-Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah.	3. Mengobservasi Tanda Tanda Vital	- GCS 4,5,6 -Akral hangat
15.15	-Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal).	4. Memberikan pisusi kepala 30 derajat lebih tinggi dari jantung	- pusing berkurang -Tekanan darah menurun
15.20		5. Menciptakan lingkungan yang tenang dan membatasi jumlah pengunjung.	TTV TD : 165/75 mmHg
16.00	DO : 1.Keadaan umum lemah 2.Keasadaran Composmentis, GCS :E4,V5,M6 3.Nervus 9 (glosfaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 4.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah :	6. Berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotector : Memberikan Injeksi IV: - Infus PZ 500 cc = 14 tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg - Metronidazole 500 mg - Paracetamol 1gram	N : 77x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 96%A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan (11.,12,13)

	kesulitan menjulurkan lidah 5.CT-Scan Kesimpulan -Sub acute-Chronic ischemic cerebral infraction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan. -Atherosklerosis MCA Bilateral. 6.TTV TD : 126/79 mmHg N : 74x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 97%		
10-4-2025	Konstipasi Berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan DS : Pasien mengatakan belum bab selama 3 hari semenjak masuk rs di rumah sakit DO : 1.Perut tampak membuncit 2.Perut teraba keras 3.Bising usus 4x/mnt 5TTV TD : 126/79 mmHg N : 74x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 97%	1. Identifikasi factor resiko konstipasi 2.monitor tanda gejala konstipasi 3. anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan 4. kolaborasi dengan ahli gizi mengenai diit tinggi serat 5.pemberian obat sub	Jam 20.00 S: - Keluarga pasien mengatakan belum BAB selama dirs O - Keluhan defekasi lama dan sulit - Perut pasien tampak buncit - Pasien belum bab A - Masalah belum terasi P Intervensi dilanjutkan (3,5)
10-4-2025 15.00	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Pasien mengatakan lemas dan bicara	1. Memberikan metode alternatif komunikasi dengan Bahasa isyarat. 2. Melakukan komunikasi kepada pasien dengan menggunakan pertanyaan yang	Jam : 20.00 S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih cedal O : - Kondisi umum lemah

16.05	sulit (pasien bicara cedal). DO : 1.Pasien bicara sulit (pasien bicara cedal) 2.Nervus 9 (glossofaringeus) terjadi masalah : klie mengalami kesulitan bicara (cedal) 3.Nervus 12 (Hipoglossus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 4.TTV TD : 126/79 mmHg N : 74x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 97%	jawabannya “ya” dan “tidak” 3. Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap berkomunikasi dengan pasien 4. Berkolaborasi dengan fisioterapis untuk Latihan bicara	- Bicara pasien masih cedal - Pasien masih kesulitan menjulurkan lidah A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan - (5,9,12,13)
-------	---	--	--

Catatan Perkembangan

anggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
11-4-2025	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi ditandai dengan : Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit	- Menganjurkan kepada pasien untuk tetap bedrest - Mengobservasi Tanda Tanda Vital - Memberikan posisi kepala 30 derajat lebih tinggi dari jantung - Menciptakan lingkungan yang tenang dan membatasi jumlah pengunjung. - Berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotector : Memberikan Injeksi IV: - Infus PZ 500 cc = 14 tpm	Jam : 13.35 S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing O : -Ku. Lemah -Kesadaran Composmentis - GCS 4,5,6 -Akral hangat -sudah tidak pusing -Tekanan darah menurun - TTV TD : 132/78 mmHg N : 78x/mnt S : 36,7°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 98% A :

	(pasien bicara cedal). DO : 1.Keadaan umum lemah 2.Keasadaran Composmentis, GCS :E4,V5,M6 3.Nervus 9 (glosofaringeus) terjadi masalah : klien mengalami kesulitan bicara (cedal) 4.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 5.CT-Scan Kesimpulan -Sub acute-Chronic ischemic cerebral infraction di corona radiete et basal ganglia et capsula interna kanan. -Atherosklerosis MCA Bilateral. 6.TTV TD : 132/78 mmHg N : 78x/mnt S : 36,7°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 98%	- Injeksi Citicolin 2x500 mg - Clopidagrel 1x75 mg (Per Oral)	- Masalah teratasi P : - Intervensi dihentikan pasien KRS
11-4-2025	Konstipasi Berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan DS : Pasien mengatakan belum bab selama 3 hari semenjak masuk rs di rumah sakit DO : 1.Perut tampak membuncit 2.Perut teraba keras 3.Bising usus 4x/mnt	1. Identifikasi factor resiko konstipasi 2.edukasi pasien untuk minum sesuai kebutuhan 3.Anjurkan pasien makan tinggi serat	Pukul 13.35 S: - Keluarga pasien mengatakan sudah bab tadi pagi O - Sudah bab - Mengejan saat defekasi - Bising usus 8x/mnt - Konsistensi feses keras

	4.TTV TD : 132/78 mmHg N : 78x/mnt S : 36,7°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 98%		A - Masalah teratasi pasien KRS P Intervensi dihentikan
11-4-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan : Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal). DO : 1.Pasien bicara sulit (pasien bicara cedal) 2.Nervus 9 (glosfaringeus) terjadi masalah : klie mengalami kesulitan bicara (cedal) 3.Nervus 12 (Hipoglosus) terjadi masalah : kesulitan menjulurkan lidah 4.TTV TD : 132/78 mmHg N : 78x/mnt S : 36,7°C RR : 20x/mnt SPO ₂ : 98%	1. Memberikan metode alternatif komunikasi dengan Bahasa isyarat. 2. Melakukan komunikasi kepada pasien dengan menggunakan pertanyaan yang jawabannya “ya” dan “tidak” 3. Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap berkomunikasi dengan pasien 4. Berkolaborasi dengan fisioterapis untuk Latihan bicara	Jam : 13.35 S : Keluarga pasien mengatakan pasien mulai bisa diajak komunikasi O : - Keadaan umum cukup - Bicara cedal pasien sudah mulai berkurang - Kesulitan pasien dalam menjulurkan lidah sudah mulai berkurang - Kesulitan dalam mengucapkan kata (berkomunikasi) sudah mulai berkurang A : - Masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dihentikan pasien KRS

4.1.8 Hasil Analisa Data Keperawatan

Tabel 4.13 Hasil Analisis

NO	ANALISIS		
	TEORI	FAKTA	KETERANGAN
Pengkajian			
1.	Identitas Pasien Pengkajian identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor, register, serta diagnosa medis.	Nama : Tn,L, Jenis Kelamin : laki laki, Usia : 96 Tahun, Status : Menikah, Agama : Islam,Alamat : Desa Timahan Kec Kampak.kabupaten trenggalek, Suku : Jawa, Pekerjaan : Petani, Pendidikan SD, Tanggal MRS : 7 April 2025, No.Reg 544030, diagnos medis <i>CVA Infark</i>	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
2.	Keluhan Utama Keluhan utama merupakan gejala yang paling serius dirasakan pasien sehingga dibawa ke rumah sakit. Keluhan utama biasanya terjadi gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah, bicara pelo, selit berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik kejang, dan gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).	- Saat MRS : Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah mengalami penurunan kesadaran, tubuh menggigil, pusing dan muntah. - Saat pengkajian : Pasien mengatakan lemas dan bicara sulit (pasien bicara cedal).	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
3.	Riwayat penyakit sekarang Serangan penyakit <i>CVA</i> sering terjadi secara mendadak pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Serangan tersebut biasanya nyeri kepala, mual,	Keluarga pasien mengatakan pada hari senin 7 April 2025 pagi Ketika pasien bangun tidur tubuh pasien menggigil, pusing dan muntah. Karena tidak kunjung membaik keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke klinik Romowijoyo	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

	muntah bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, di samping itu gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2013).	apda pukul 09.30 dan dirujuk ke Rsud dr.Soedomo, di UGD sampai sekitar pukul 14.30. sesampainya di UGD pasien dilakukan pemeriksaan dan ditemukan pasien mengeluh menggigil dan kesadaran pasien menurun. Setelah itu pasien kemudian dipindahkan ke ruang Unit Stroke sekitar pukul 18.00	
4.	Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasidilator, obat-obat adiktif, serta kegemukan (Tarwoto, 2013).	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat teni tinggi.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
5.	Riwayat kesehatan keluarga Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke pada keluarga, komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, kultur dan kepercayaan, fungsi dan hubungan keluarga perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit pasien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular. (Muttaqin 2008)	Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit stroke.	Adanya kesenjangan antara teori dan fakta
6.	Riwayat Psikososial	Keluarga pasien mengatakan dalam kesehariannya pasien aktif dalam beraktivitas sehari-hari, pasien mudah ber- sosialisasi dengan	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

	Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola <i>persepsi</i> dan konsep diri menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak <i>kooperatif</i>. Dalam pola penanganan, pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, pasien biasanya jarang melakukan ibadah <i>spiritual</i> karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).	tetangga dan aktif juga dalam kegiatan lingkungan kegamaan. Pasien juga aktif dalam sholat berjamaah di masjid tetapi saat sakit pasien mengalami sedikit kesulitan berkomunikasi karena pasien mengalami gangguan bicara yaitu cedal.	
7.	Pola Nutrisi Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttaqin, 2008)	- Saat di Rumah : Keluarga pasien mengatakan pasien biasa makan 3 kali sehari, habis 1 porsi dengan jenis makanan nasi, sayur, dan lauk pauk. - Keluarga pasien mengatakan pasien biasa minum 4-5 gelas sehari atau sekitar 1.250 ml per 24 jam. - Saat di RS : Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari, terkadang habis 1 porsi tetapi terkadang hanya makan setengah porsi dengan jenis nasi, sayur, dan lauk-pauk tidak mengalami kesulitan menelan dan muntah.	Adanya kesenjangan antara teori dan fakta

		Keluarga mengatakan pasien minum 1 botol air mineral sehari atau sekitar 600 ml per 24 jam.	
8.	Pola Eliminasi Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008).	- Saat di Rumah : Pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari di pagi hari denganistensi lunak, warna kuning, dan bau khas feses. - Pasien mengatakan saat di rumah BAK 3-5 kali sehari, dengan warna kuning jernih, bau khas urine, tidak ada nyeri kencing serta tidak ada kesulitan saat berkemih - Saat di RS : Keluarga mengatakan pasien belum BAB selama di rumah sakit semenjak masuk rs - Keluarga mengatakan pasien BAK 2-3 kali sehari menggunakan pispot warna kuning jernih, bau khas urine dan tidak mengalami inkontinensia urine	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
9.	Pola Aktivitas Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, mudah lelah. (Doengoes, 2000).	- Saat di Rumah : Keluarga pasien mengatakan pasien saat sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara bebas mandiri tanpa bantuan orang lain. - Saat di RS : Keluarga pasien mengatakan saat di RS pasien hanya tidur berbaring, untuk aktivitas dibantu oleh keluarga pasien yang menunggu.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

10.	Pola Istirahat dan tidur Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Tarwoto, 2013).	- Saat di Rumah : Pasien mengatakan biasa tidur saat malam hari pukul 20.30-04.30 - Saat di RS : Keluarga pasien mengatakan saat di RS pasien tidur pada malam hari pukul 20.00-00.00 terbangun pagi menjelang subuh pukul 05.00. tidak terdapat kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot.	Adanya keenjangan antara fakta dan teori
11.	Riwayat Psikososial Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau keaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Muttaqin, 2008). Nilai-nilai keyakinan pasien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga memengaruhi gaya hidup pasien, dan berdampak pada kesehatan pasien (Rohmah & Walid, 2009).	- Pola Komunikasi Pasien bicara cedal, terkadang pasien bicara mengelantur kemana-mana dan terkadang juga tidak langsung memahami perintah. - Konsep Diri g) Gambaran diri Pasien mengatakan bersyukur terlahir secara utuh sempurna h) Ideal diri Pasien mengatakan ingin segera keluar dari RS dan beraktivitas lagi i) Harga diri Keluarga pasien mengatakan pasien tidak merasa malu walaupun dalam keadaan sakit j) Peran Keluarga pasien mengatakan pasien seorang kepala rumah tangga, suami, bapak, dan kakek k) Identitas diri Pasien mengatakan namanya Ny.M , seorang ibu rumah tangga.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

		1) Keyakinan terhadap agama Pasien dan keluarga mengatakan selalu yakin dan berdoa agar cepat sembuh	
12.	Keadaan Umum Pasien <i>CVA</i> umumnya akan mengalami kelemahan (letargi), nyeri kepala (chealgia), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma), terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20 – 30 mmhg), peningkatan suhu (> 37°C), nadi takikardia, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Muttaqin, 2008).	➤ Keadaan umum lemah dan terpasang infus PZ 14 tpm. ➤ Kesadaran composmentis. GCS : 4,5,6 = Eye 4 (membuka mata spontan, Verbal 5 (orientasi sadar), Motorik (menaikuti perintah), bicara sulit (cedal) TD : 171 mHg N : 73x/mnt S : 36,5°C RR : 20x/mnt SPO₂ : 96%	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

13. 93	Pemeriksaan kepala : bentuk kepala normocephalik. a) Rambut : Umumnya tidak ada kelainan. b) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). c) Hidung : Adanya gangguan pada penciuman. Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. d) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga). e) Mulut : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kehilangan kemampuan berbicara), disfasia	➤ Bentuk kepala normal tidak ada luka atau benjolan. ➤ Rambut bersih, persebaran merata, warna hitam dengan sedikit uban. ➤ Simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak pucat, sklera putih, tidak kabur, mampu menggerakkan bola mata ke atas dan bawah serta ke kanan dan kiri, dan tidak ada kotoran pada mata. ➤ Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. ➤ Tidak ada serumen dan tidak ada gangguan pendengaran ➤ Bibir tampak simetris, bibir kering, lidah bersih tetapi sedikit putih, gigi masih utuh, tidak ada gangguan menelan tetapi bicara cadel	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
----------------------	---	---	---

	(gangguan berbicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.		
14.	Pemeriksaan Leher a) Tidak terjadi pembengkakan tonsil b) Tidak terjadi pembengkakan kelenjar tyroid c) Tidak terjadi pembengkakan vena jugularis	Tidak ada pembesaran tonsil, Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid Tidak ada pembengkakan vena jugularis.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

15.	Pemeriksaan Paru-Paru a) Inspeksi : pada pasien dengan tingkat kesadaran Compos Mentis, pernapasannya tidak ada kelainan. b) Palpasi : didapatkan taltil vremitus seimbang kanan dan kiri. c) Perkusi : suara sonor. d) Auskultasi : pada pasien dengan tingkat kesadaran Compos Mentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronkhi (Muttaqin, 2008).	➤ Bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercosta. ➤ Vocal vremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri ➤ Suara paru s ➤ Suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan seperti ronkhi atau wheezing.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
-----	--	--	---

16.	Pemeriksaan Jantung a) Inspeksi : ictus kordis tidak nampak. b) Palpasi : teraba Ictus cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra. c) Perkusi : suara jantung pekak. d) Auskultasi : irama jantung ireguler, terdengar suara jantung I dan II, murmur atau gallop.	➤ Tidak terdapat pulsasi ➤ Teraba ictus cordis di ICS 4-5 midclavícula sinistra ➤ Suara jantung pekak ➤ Bunyi jantung 1 di ICS 4-5 midclavícula sinistra (lup) dan Bunyi jantung 2 di ICS 2 (dup)	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
-----	---	---	--

17.	Pemeriksaan Abdomen a) Inspeksi perut membuncit atau datar. b) Auskultasi bising usus normalnya 5-35 x/menit (Hidayat, 2008). Pada pasien stroke didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bed rest yang lama, kadangkadang terdapat kembung (Dongoes, 2000). c) Perkusi : suara perkusi yang normal adalah timpani, jika terdapat masa atau cairan akan menimbulkan suara pekak. d) Palpasi untuk mengetahui adanya nyeri tekan, massa, adanya pembesaran hepar dan limpa (Tambunan & Kasim, 2011).	➤ Bentuk membuncit, teraba keras, tidak terdapat luka, dan tidak terdapat bayangan pembuluh darah. ➤ Bising usus tidak terdengar 4x/mnt ➤ Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa. ➤ Tympani	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
-----	--	--	---

18.	Pemeriksaan Genetalia & Anus Terkadang pasien mengalami inkontensia atau retensi urin (Tarwoto, 2013).	➤ Tidak ada kelainan ➤ Tidak ada <i>inkontinensia</i> atau <i>retensi urine</i>	Adanya kesenjangan antara fakta dan teori				
19.	Pemeriksaan Integument Apabila pasien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu (Ginting, 2015)	Kulit lembab, warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi, tidak terdapat luka, tidak terdapat oedem, akral hangat, turgor lembali < 2 detik, dan CRT < 2 detik.	Adanya kesenjangan antara fakta dan teori				
20.	Pemeriksaan musculoskeletal Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese). (Muttaqin, 2008)	➤ Tidak terdapat penurunan kekuatan otot pada semua daerah <i>ekstremitas</i> dan skala kekuatan otot yaitu : <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	Adanya kesenjangan antara fakta dan teori
5	5						
5	5						

		Ket : = Kekuatan otot penuh	
--	--	--------------------------------	--

21.	Pemeriksaan Neurologi a) Saraf kranial I Biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. b) Saraf kranial II Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensoriprimer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. c) Saraf kranial III, IV, dan V Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, padasatu sisi otot-ototokularis didapatkan penurunan	(1) Nervus Olfaktorius Penciuman pasien baik, pasien mampu menyium bau-bauan seperti minyak kayu putih (2) Nervus Optikus Pasien mampu melihat tanpa alat bantu (3) Nervus Okulomotorik Pupil miosis (mampu mengecil saat ada rangsangan cahaya) (4) Nervus Toklear Pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah (5) Nervus Trigeminus Pasien mampu merasakan sentuhan (6) Nervus Abdusen Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri (7) Nervus Fasialis Pasien mampu mengerutkan dahi (8) Nervus Auditori Pasien mampu mendengar suara sekitar (9) Nervus Glososfaringeus Pasien mengalami kesulitan bicara (cedal) dan pasien mampu membedakan rasa	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
-----	---	---	--

	kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit. d) Saraf kranial VI Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus. e) Saraf kranial VII Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat. f) Saraf kranial VIII Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi. g) Saraf kranial IX dan X	(10) Nervus vagus Pasien tidak mengalami kesulitan menelan (11) Nervus Aksesorius Pasien mampu menggerakkan bahu (12) Nervus Hipoglosus Pasien kesulitan menjulurkan lidah	
--	--	---	--

	Kemampuan menelan kurang baik dan sulit membuka mulut. h) Saraf kranial XI Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius. i) Saraf kranial XII Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal. (Muttaqin, 2008)		
Diagnosa			

1. 100 2. 3.	Gangguan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak, peningkatan tekanan vascular serebral, infrak serebral. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemipares/hemiplegia. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan sensori, penurunan penglihatan. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunansirkulasi darah otak. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat. Resiko gangguan nutrisi berhubungan dengan kelemahan ototmengunyah dan menelan.	1. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya suplai darah dan O2 menurun 2. Konstipasi dengan disfungsi saluran pencernaan 3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan adanya penurunan sirkulasi serebral	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
--	--	--	---

4.	Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan hemiparase /hemiplegi.		
5.	Resiko gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tirahbaring lama.		
	Resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan penurunan refleks batuk dan menelan.		
6.			
101	Gangguan eliminasi uri (inkontinensia urine) yang berhubungan dengan lesi pada upper motor neuron		
	Konstipasi		
7.			
Intervensi			
1.	Sesuai dengan yang disusun oleh penulis.	Sesuai dengan yang disusun oleh penulis.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta. Tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan pada pasien.
Implementasi			

1.	Implementasi atau Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2009).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta. Implementasi dilakukan sesuai intervensi dan sesuai kondisi pasien.
102	Tindakan Keperawatan		
1.	Evaluasi merupakan langkah akhir dalam suatu proses keperawatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (Rohmah & Walid, 2009).	Diagnosa 1 S : Pasien mengatakan pusing berkurang O : -Ku. Lemah - Tekanan darah menurun -Kesadaran Composmentis - GCS 4,5,6 -Akral hangat - pusing berkurang -Tekanan darah menurun TTV TD : 165/75 mmHg N : 77x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO2 : 96%	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta. Perkembangan pasien bagus, pasien diizinkan pulang pada hari ke 4 perawatan

		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan (2,3,11,12,18) Diagnosa2 S: - Kelu _ _ isien mengatakan belum BAB selama diris O - Keluhan defekasi lama dan sulit - Perut pasien tampak buncit - Pasien belum bab A - Masalah belum terasi P - Intervensi dilanjutkan (3,4,5,12) Diagnosa 3 S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih cedal O :	
--	--	--	--

		- Kondisi umum lemah - Bicara pasien masih cedal - Pasien masih kesulitan menjulurkan lidah - Pasien terlihat kesulitan dalam mengucapkan kata (berkomunikasi) A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan (5,9,12,13) Tanggal 10-4-2025 Diagnosa 1 Jam : 20.00 S : - Pasien mengatakan pusing berkurang O : -Ku. Lemah -Kesadaran Composmentis - GCS 4,5,6 -Akral hangat - pusing berkurang -Tekanan darah menurun TTV TD : 165/75 mmHg N : 77x/mnt S : 36,6°C RR : 20x/mnt SPO2 : 96%A : - Masalah teratasi sebagian P :	
--	--	--	--

		- Intervensi dilanjutkan (11.,12,13) Diagnosa2 Jam 20.00 S: - Keluarga pasien mengatakan belum BAB selama di RS O - Keluhan defekasi lama dan sulit - Perut pasien tampak buncit - Pasien m bab A - Masalah belum terasi P Intervensi dilanjutkan (3,5) Diagnosa 3 Jam : 20.00 S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih cedal O : - Kondisi umum lemah - Bicara pasien masih cedal - Pasien masih kesulitan menjulurkan lidah A :	
--	--	---	--

		- Masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan - (5,9,12,13) Tanggal : 11-4-2025 Diagnosa 1 Jam : 13.35 S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing O : -Ku. Lemah -Kesadaran Composmentis - GCS 4,5,6 -Akral hangat -sudah tidak pusing -Tekanan darah menurun - TTV TD : 132/78 mmHg N : 78x/mnt S : 36,7°C RR : 20x/mnt SPO2 : 98% A : - Masalah teratasi	
--	--	--	--

		P : - Intervensi dihentikan pasien KRS Diagnosa2 Pukul 13.35 S: - Keluarga pasien mengatakan sudah bab tadi pagi O - Sudah bab - Mengejan saat defekasi - Bising usus 8x/mnt - Konsistensi feses keras - A - Masalah teratasi pasien KRS P Intervensi dihentikan Diagnosa 3 Jam : 13.35 S : Keluarga pasien mengatakan pasien mulai bisa diajak komunikasi O : - Keadaan umum cukup - Bicara cendel pasien sudah mulai berkurang - Kesulitan pasien dalam menjulurkan lidah sudah mulai berkurang	
--	--	--	--

		- Kesulitan dalam mengucapkan kata (berkomunikasi) sudah mulai berkurang - A : - Masalah teratasi sebagian - P : - Intervensi dihentikan pasien KRS	
--	--	---	--

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini akan dibahas mengenai tanda-tanda pada pasien dengan *CVA Infark* baik yang sudah ditemukan ataupun yang tidak ditemukan dari pasien. Berdasarkan hasil penelitian pada pasien dengan *CVA Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek didapatkan hasil sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Setelah peneliti melakukan pengkajian mulai dari *anamnesa* sampai dengan pemeriksaan fisik, didapatkan data bahwa tidak semua keluhan ataupun tanda dan gejala dari penyakit *CVA Infark* ditemukan dan terjadi pada pasien.

1) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan hasil penelitian di dalam keluarga pasien tidak ada yang menderita hipertensi.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori dari Muttaqin (2008) Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke pada keluarga, komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, kultur dan kepercayaan, fungsi dan hubungan keluarga perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit pasien dan apakah ada anggota keluarga lain yang mengidap penyakit menular.

Dari uraian di atas terdapat ketidaksesuaian antara fakta dan teori, peneliti berpendapat bahwa tidak semua penyakit *stroke* berasal dari keturunan, melainkan bisa juga terjadi karena faktor

gaya hidup atau riwayat penyakit yang dapat memicu munculnya faktor resiko dari *stroke*.

2) Pola Istirahat Tidur

Berdasarkan hasil penelitian tidak ditemukan masalah pada pola istirahat tidur klien tidur selama 9jm/hr.tidak terdapat kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Tarwoto (2013) yaitu Biasanya klien mengalami kesukaran untuh istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

Berdasarkan uraian di atas terdapat kesenjangan antara fakta dan teori, dimana peneliti berpendapat bahwa pasien tidak mengalami gangguan pola tidur karena lingkungan sekitar yang mendukung,dan pengaruh obat obatan (pemberian santagesik) sehingga tidur pasien dapat terpenuhi dengan baik.

3) Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat tidak ada luka dan nyeri pada area genetalia, BAB dan BAK lancar.Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan menurut Tarwoto 2013 adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri

Menurut peneliti hal ini tidak semua pasien stroke mempunyai luka dan nyeri pada area genetalia karena mobilitas pasien masih terjaga,dilakukan perubahan posisi miring kanan dan miring kiri dan pasien tidak mengalami inkontensia urin sehingga tidak terjadi

infeksi pada area genetalia serta perawatan dilakukan dengan baik sehingga tidak terjadi luka dan nyeri pada pasien.

4) Pemeriksaan Integument

Berdasarkan hasil penelitian tidak ditemukan masalah pada pemeriksaan integument, dibuktikan dengan kulit lembab, warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi, tidak terdapat luka, tidak terdapat oedem, akral hangat, turgor kembali < 2 detik, dan CRT < 2 detik.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori menurut Ginting (2015) yaitu apabila pasien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu.

Hal tersebut terdapat ketidaksesuaian antara fakta dan teori, peneliti berasumsi bahwa pada Tn. L tidak mengalami kekurangan oksigen hal ini dapat dibuktikan dengan saturasi oksigen Tn. L yaitu 98% sehingga suplai oksigen pasien masih terpenuhi. Pasien tidak mengalami kekurangan cairan, karena intake cairan baik oral maupun cairan infus adekuat.

5) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Berdasarkan hasil penelitian tidak ditemukan masalah pembengkakan atau *edema* dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (*hemiparese*).

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori menurut Muttaqin (2008) yaitu adanya pembengkakan atau *edema* dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (*hemiparese*).

Dari uraian diatas terdapat ketidaksesuaian antara fakta dan teori, menurut peneliti tidak semua pasien penderita stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas tergantung pada bagian otak mana yang mengalami iskemia jaringan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil dari pengkajian saat penelitian didapatkan bahwa tidak semua diagnosa keperawatan muncul pada pasien. Diagnosa yang muncul pada pasien yaitu Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya suplai darah dan O₂ menurun dan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan adanya penurunan sirkulasi serebral.

Menurut teori dari Herdman (2018) diagnosa keperawatan utama pada *CVA* antara lain Gangguan *perfusi jaringan serebral* yang berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak, peningkatan tekanan *vascular serebral*, *infrak serebral*. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan *hemipares/hemiplegia*. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan sensori, penurunan penglihatan. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah otak. Gangguan eliminasi alvi (*konstipasi*) berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan, intake cairan yang tidak adekuat. Resiko

gangguan nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan *hemiparase / hemiplegi*. Resiko gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tirahbaring lama. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan penurunan refleks batuk dan menelan. Gangguan eliminasi uri (*inkontinensia urine*) yang berhubungan dengan *lesi* pada *upper motor neuron*.

Tidak semua diagnosa pada teori muncul pada pasien, terdapat 3 diagnosa dari teori yang ada pada pasien Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya suplai darah dan O₂ menurun dan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan adanya penurunan sirkulasi serebral, Gangguan eliminasi alvi (*konstipasi*) berhubungan dengan disfungsi saluran pencernaan oleh karena itu peneliti berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul saat pengkajian pada pasien itu sendiri, sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi

Dari intervensi yang telah disusun, tidak semua intervensi dari teori dapat diterapkan dan dilaksanakan pada pasien. Pelaksanaan intervensi keperawatan juga disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lahan penelitian.

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada. Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari Muttaqin (2008) dan dari sumber buku yang lain.

Peneliti beramsumsi bahwa intervensi keperawatan sudah disusun untuk menyesuaikan kondisi pada kebutuhan pasien dan menyesuaikan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang berlaku pada lokasi lahan penelitian.

4.2.4 Implementasi

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

Berdasarkan teori Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015). Hal ini dilakukan karena dengan implementasi keperawatan, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Oleh karena itu seorang perawat harus memiliki pengetahuan serta skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang ditangani. Sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan bisa dilakukan dengan baik dan bisa menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi pasien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan

pasien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien selama tiga hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari keempat, kondisi sudah membaik walaupun kondisi gangguan bicaranya belum 100% normal kembali. Berdasarkan teori, evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hal yang terjadi pada pasien adalah pasien menjalani perawatan 4 hari, kondisi pasien sudah membaik karena pasien segera di bawa ke fasilitas belum sehingga tidak terjadi kefatalan hanya saja untuk komunikasi pasien belum normal 100% terkadang pasien sesekali masih cedal. Untuk perawatan selanjutnya akan dilakukan keluarga di rumah, selain itu pasien juga dijadwalkan untuk kontrol secara rutin ke poli saraf.

BAB 5

KESIMPULAN & SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah didapatkan peneliti, ditemukan bahwa tidak semua tanda-tanda ditemukan pada “Tn,L”. Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari pasien diantaranya riwayat kesehatan keluarga, pola nutrisi, integumen, muskuloskeletal ,pemeriksaan genetalia dan anus. Pada pasien dimungkinkan kondisi tubuhnya masih cukup baik walaupun sudah muncul beberapa kelainan akibat penyakit Stroke. Kesenjangan tersebut dapat terjadi karena setiap pasien dengan *CVA* saraf atau anggota tubuh yang diserang berbeda-beda.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari penyakit *CVA* yang dialami oleh pasien, tidak semua diagnosa yang ada diteori dapat ditemukan pada pasien. Dalam hal ini peneliti merumuskan dua diagnosa keperawatan yaitu Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya suplai darah dan O₂ menurun dan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan adanya penurunan sirkulasi serebral,.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

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

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan, implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya, tidak semua rencana yang telah dapat diimplementasikan karena menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien serta standar yang ada di lahan penelitian.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, peneliti menggunakan format evaluasi serta menyertakan format catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan kondisi pasien. Selama dilakukan evaluasi beberapa hari, kondisi Tn,L banyak perubahan, meskipun belum mencapai 100% kesembuhan. Tn,L akan terus dilaksanakan pemantauan melalui jadwal kontrol yang sudah diberikan mengingat pemulihan penyakit *CVA* membutuhkan perawatan yang berkelanjutan.

5.1.6 Analisa Data

Pada tahap analisa data, peneliti menemukan beberapa kesamaan dan kesenjangan atau perbedaan antara teori yang ada pada literatur dan fakta yang ditemukan saat penelitian. Peneliti juga memberikan pendapat mengapa terjadi antara kesamaan maupun kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemukan saat penelitian.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan untuk konsisten dalam memberikan pelayanan yang baik serta melaksanakan tindakan mandiri perawat yang tepat. Tindakan mandiri perawat diharapkan mampu memberikan perubahan yang baik terutama untuk pasien *CVA*, dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan dari pasien. Selain memberikan asuhan keperawatan, seharusnya juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada pasien dengan *CVA* setelah di bolehkan pulang dari RS. Dengan demikian di harapkan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga untuk mempercepat proses penyembuhan terutama pada pasien yang mengalami kelemahan fungsi tubuh.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan. Selain itu juga sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa berikutnya dalam

penelitian selanjutnya, agar memberikan asuhan keperawatan pada pasien *CVA* dengan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini di harapkan dapat dijadikan panduan dalam melakukan penelitian selanjutnya, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang sebaik-baiknya. Selain itu diharapkan penelitian selanjutnya di laksanakan secara maksimal agar hasilnya juga lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Fanti Eka Susanti. (2023). Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan CVA Non Hemoragic Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Trenggalek.
- Fitri N.Togubu, G. K. (2019). Faktor Faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Faktor Faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Tidore Kepulauan*, 60.
- Inka Lestari. (2024). Asuhan Keperawatan pada ny.S dengan diagnosa stroke infark. *Jurnal Global Ilmiah*, 490.
- Inka Lestari, R. E. (2024). Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Stroke Infark. *Jurnal Global Ilmiah*, Vol.1, No.9.
- Junaidi, T. (2018). *stroke*. Pt Medika Loka Manajemen.
- Kemenkes RI. (2024, oktober). Penyakit tidak Menular. *Indonesia*.
- Lyana Kartika Permatasari. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cerebro Vaskuler Accident (CVA)Infark di Ruang Nakula Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. In K. T. Ilmiah. Jombang: Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Medika Jombang.
- Margiyati, A. R. (2022). Penerapan Latihan Genggam BolaKaret Terhadap Kekuatan Otot Pada Klien Stroke :Jurnal jufdikes vol4 no1. *Jurnal jufdikes*.
- Promkes. (2023, october). Kenali Gejala stroke.
- Riskedes. (2018). Laporan Nasional . In T. R. 2018. Jakarta: LPB.

Setyawati. (2019). karya tulis ilmiah:Studi Kasus. Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *asuhan Keperawatan*.

Sholeh, N. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebral Vaskuler Accident infark dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri RSUD Bangil Pasuruan .

Tim Promkes RSST. (2022, juli rabu). Stroke infark. p. 56222.

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

p2ptm. (2024, oktober 31). Penyakit Tidak Menular. *Mari Kenali Faktor Resiko Stroke yang Tidak dapat diubah*.

Que,B.J. (2023). *STROKE ISKEMIK*. CV.Adanu Abimana.

Tim Promkes RSST. (2022, juli rabu). Stroke infark. p. 56222.

Yofa. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke. 551.

Al Rashid, J. M. S. H. (2015). *Stroke Komplikasi Medis & Tata Laksana*. Fakultas Kedokteran Indonesia.

Auryn, V. (2020). *Mengenal & Memahami Stroke*. KATAHATI.

Brunner & Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* (E. A. Mardella, Ed.). EGC.

Buss, J. S. (2013). *Pathophysiologi : An Incredibly Easy Pocket Guide, 2nd Ed* (L. Djayasaputra, Ed.). EGC.

Corwin, E. J. (2001). *Buku Saku Patofisiologi* (E. Pakaryaningsih, Ed.; 1 ed.). EGC.

Damawiyah S, C. S. (2015). *Pengaruh Penerapan Discharge Planning dengan Pendekatan Family Centered Nursing terhadap Motivasi dan Kesiapan Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke Pasca Akut di Rs. Islam Surabaya*. .

Hartono, V. T. (2023). "*Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA (Cerebro Vascular Accident) di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*". .

Hariyanto, A. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosa Nanda Internasional*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Hartikasari. (2015). *Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragic*. Jakarta: EGC.

Hidayat, A. A. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Salemba Medika.

Hidayat, A. A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika

Kemkes. (2018, juli 04). *Apa itu stroke ?* Retrieved februari 02, 2022, from kemkes: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa-itu-stroke>

Kemkes, R. (2018). *Riset kesehatan dasar ; riskesdas*. Jakarta: balitbang.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Komplikasi pada seorang yang terkena serangan Stroke*. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/komplikasi-pada-seseorang-yang-terkena-serangan-stroke>.

Kementerian kesehatan ri. (2019). *Peraturan pelaksanaan undang- undang nomor 38 tahun 2014*. Jakarta: kemkes .

Kusuma, A. Putra. I. T. U. J. P. (2022). *Pengaruh menggenggam bola karet bergerigi Terhadap perubahan kekuatan otot pada Pasien Stroke diukur menggunakan Hangryb Dynamometer di Ruang Syaraf RSUD Jend A Yani Kota Metro*. Jurnal Cendikia Muda, 2.

Krisyantri, Risma. (2021). *“Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA Iskemik di ruang Unit Stroke Rsud dr. Soedomo Trenggalek”*. Trenggalek.

Kristanto, v. H. (2018). *Metodologi penelitian pedoman penulisan Proposal Karya Tulis Ilmiah (kti)*. Yogyakarta: cv budi utama

Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Salemba Medika.

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

Nursalam. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: salemba medika

Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (4 ed.)*. Salemba Medika.

Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Neurobehavior*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Riskesdas, T. (2018). *Tim Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Rohmah, N. S. W. (2009a). *Proses Keperawatan : Teori dan Aplikasi*. Ar-Ruzz Media.

Rohmah, N. S. W. (2009b). *Proses Keperawatan : Teori dan Aplikasi*. . PT. Remaja Rosdakarya Offset.

Sayoga. (2013). *Mencegah Stroke dan Serangan Jantung*. PT. Remaja Rosdakarya Offset.

Silbernagl, S. (2012). *Teks & Atlas Berwarna Patofisiologi* (T. & L. Resmisari, Ed.). EGC.

Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.

Suryono. (2013). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendikia

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

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2013), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2013), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). *Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis*. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>

Utami, E. C. (2018). *Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Ny. K & Ny.S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryato Lumajang Tahun 2018*. Jember : Universitas Jember.

Wardhana, W. A. (2016). *Strategi mengatasi & Bangkit dari Stroke*. Pustaka Pelajar.

Wijaya, A. S. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Dewasa Teori & Contoh*. Yogyakarta: Nuha Med

Yonata, Ade. A. S. P. P. (2016). *Hipertensi sebagai Faktor Pencetus terjadinya Stroke*. Jurnal Majority, Volume 5(Nomor 3).

Yona, U. Dewi. (2022). . *Gambaran pengetahuan keluarga tentang Stroke berulang dan tingkat aktivitas pada Pasien Stroke.*

Lampiran 1

Lembar Informed Consent

Nama saya Laurenz Sazena Duara (P17240223077). Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA (*Cerbro Vascular Accident*) Infark Di Ruang Unit Stroke Dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

Tanda tangan : 
Th L

Lampiran 2

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA (Cerebro Vascular Accident) Infark Di Ruang Unit Stroke Dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 2025


(.....Tn.L.....)



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

Trenggalek, 22 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 182 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

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

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/138/2025 tanggal 05 Maret 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **LAURENZ SAZENA D.**
NIM : P17240223077
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA (*Cerebral Vascular Accident*) Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

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

SUJIONO, SST., M.Kes

Pembina
NIP. 19741020 199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

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

Trenggalek, 5 Maret 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/138/2025

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 : LAURENZ SAZENA D.

NIM : P17240223077

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA (*Cerebral Vascular Accident*) *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

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

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

(PERAWATAN STROKE)



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

N I M : _____

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



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

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

FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

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

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

.....

.....

.....

.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum		

b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri Konsep diri

- a. Identitas diri :
- b. Ideal diri :
- c. Harga diri :
- d. Peran :
- e. Gambaran diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola Seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;

a. Status mental/emosional :

b. Pola komunikasi :

c. Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

.....

.....

.....

.....

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

.....

.....

.....

.....

.....

b. Tanda – tanda vital :

.....

.....

.....

.....

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

.....

.....

d. Pemeriksaan integumen :

.....

.....

.....

.....

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

.....

.....

.....

.....

g. Abdomen :

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia :

.....
.....
.....

i. Ekstremitas :

.....
.....
.....
.....

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

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

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....
.....
.....
.....

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

.....

.....

.....

Trenggalek, ...

Pembimbing

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :

UMUR :

No. REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG :

RUANG :

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

EVALUASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG. :

RUANG :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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



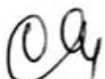
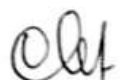
Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Laurenz Sazena Duara
NIM : P17240223077
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark Diruang
Unit Stroke Rsud dr. Soedomo Trenggalek
Pembimbing : Mimik Christiani, SST, M.Kes

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1	21/1/25	Pengajuan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark Diruang Unit Stroke Rsud dr. Soedomo Trenggalek	
2.	23/1/25	- Referensi usahakan <5-7 th - Banyak pernyataan yang belum sesuai dengan sumber	
3.	24/1/25	Pastikan batasan masalah sesuai dengan batasan istilah	
4.	30/1/25	- Bab 1 dikuasai dan cek lagi - Bab 2 lengkapi teori cva infark dan juga patofisiologi dan uraian	
5.	31/1/25	Bab 3 sesuaikan dengan materi yang akan diteliti	
6	31/1/25	Persiapan Ujian Proposal	

7.	4/2/25	• Sidang seminar proposal KTI • Revisi sesuai masukan	
7.	28/4/25	• Cek ulang data dukung s+o pasa analisa data (cocokan dgn pengkajian) • Intervensi lengkapi • Implementasi lengkapi	
8.	29/4/25	Pembahasan lengkapi	
9.	30/4/25	Revisi askep	
10.	7/5/25	• Revisi kesenjangan social • Revisi abstrak dan latar belakang	
11	8/5/25	Acc	
12	9/5/25	• Sidang akhir KTI • Revisi sesuai masukan	

LEMBAR REVISI SIDANG UJIAN

Nama Mahasiswa : Laurenz Sazena Duara
 NIM : P17240223077
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva Infark Diruang
 Unit Stroke Rsud dr. Soedomo Trenggalek
 Pembimbing : Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	24-02-2025	- Menghilangkan kalimat yang tidak sesuai - Penatalaksanaan pada konstipasi - Batasan masalah - Pathway - Manifestasi CVA - Partisipan	
2.	26-02-2025	Penatalaksanaan lebih terperinci	
3.	20-05-2025	Revisi abstrak dan pembahasan	
4.	21-05-2025	Acc	