

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

KARYA TULIS ILMIAH

ANGGORO DWI PRASETYO

(P17240223063)



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

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
menyelesaikan program pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Program
Studi Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

**ANGGORO DWI PRSETYO
(P17240223063)**



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

2025

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Anggoro Dwi Prasetyo

Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 01 Juni 2003

Agama : Islam

Alamat : Rt : 08 Rw : 02, Desa Pandean,

Kecamatan Durenan,

Kabupaten Trenggalek

Handphone : 0881 0273 35832

Gmail : ngorosaputro21@gmail.com

Riwayat pendidikan :

1. 2009 - 2010 : TK Darma Wanita SODO
2. 2010 - 2016 : SDN I SODO
3. 2016 - 2019 : MTsN 1 Bandung
4. 2019 - 2022 : SMAN 1 Durenan



PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anggoro Dwi Prasetyo

Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 01 Juni 2003

NIM : P17240223063

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

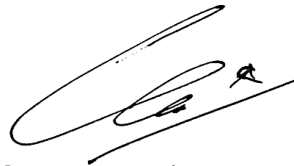
Mengetahui

Pembimbing



Mimik Christiani, S.ST.,M.Kes
NIP. 19691218 199403 2 005

Yang Menyatakan



Anggoro Dwi Prasetyo
NIM. P17240223063

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah oleh Anggoro Dwi Prasetyo (P17240223063) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *CVE Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**. Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 07 Mei 2025

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mimik Christiani', written over a horizontal line.

Mimik Christiani, S.ST.,M.Kes
NIP. 19691218 199403 2 005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah oleh Anggoro Dwi Prasetyo (P17240223063) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *CVE Infark* di Ruang Unit Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”,** telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada tanggal 09 Mei 2025

Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Tunik, S. Kep., M. Kep
NIP. 919830225 200190 1 201

Penguji II



Mimik Christiani, S.ST.,M.Kes
NIP. 19691218 199403 2 005

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina SuciAstuti,S.Kep.,M.Kes
NIP : 197608102002122001

MOTTO

“Jangan membenci siapapun, tidak peduli seberapa banyak mereka bersalah
padamu.”

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG PRODI D III
KEPERAWATAN TRENGGALEK 2025**

ABSTRAK

Anggoro Dwi Prasetyo

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA Infark Di Ruang Unit Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek**

Latar Belakang : *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark suatu penyakit yang terjadi ketika terhentinya pasokan darah ke otak terganggu atau bahkan berkurang yang bisa menyebabkan jaringan pada otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan dan menganalisa berdasarkan fakta dan teori pada klien dengan stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Metode : Desain atau rancangan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan CVA Infark. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami Stroke dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta dan mengalami kelemahan esktremitas. Analisa data dilakukan dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan fakta.

Hasil : Dari hasil penelitian ini didapatkan kesenjangan pada Pola Nutrisi, Pola Kognitif, Interaksi Sosial, Tingkat Kesadaran, Pola Keyakinan dan Nilai. Diagnosa yang muncul diantaranya Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan defisit neurologis, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi yang digunakan sesuai dengan teori studi kepustakaan yang ada. Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan masalah klien. Evaluasi keperawatan dilakukan selama empat hari dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian, klien menunjukkan peningkatan derajat kesehatan.

Kesimpulan : Hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa pasien dengan CVA Infark memerlukan pemulihan yang membutuhkan waktu yang lama, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, CVA Infark, Klien

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG D III
NURSING STUDY PROGRAM TRENGGALEK 2025**

ABSTRACT

Anggoro Dwi Prasetyo

Nursing Care for Clients with CVA Infarction in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital

Background : Cerebro Vascular Accident (CVA) infarction is a disease that occurs when the blood supply to the brain is interrupted or even reduced which can cause brain tissue to lack oxygen and nutrients. The purpose of this study is to provide nursing care and analyze based on facts and theories to clients with stroke in the Stroke Unit Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital.

Method : The design or plan in this study is descriptive qualitative with a case study approach regarding Nursing Care for clients with CVA Infarction. Participants in this study amounted to one client who experienced Stroke with composmentis awareness without comorbidities and experienced weakness of the extremities. Data analysis was carried out by comparing the gap between theory and facts.

Results : From the results of this study, there were gaps in Nutritional Patterns, Cognitive Patterns, Social Interactions, Level of Awareness, Belief Patterns and Values. The diagnoses that emerged included Ineffective Cerebral Perfusion Risk related to neurological deficits, Acute pain related to physiological injury agents and impaired physical mobility related to decreased muscle strength. The interventions used were in accordance with the existing literature study theory. Implementation was carried out based on interventions that had been prepared and adjusted to the client's problems. Nursing evaluations were carried out for four days with the criteria for the results of partially resolved problems, clients showed an increase in health.

Conclusion : The results obtained from this study were that patients with CVA Infarction required recovery that took a long time, so intensive and continuous care was needed.

Keywords : Nursing care, CVA Infarction, Clients

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada klien dengan CVA *infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” sesuai waktu yang ditentukan. Karya tulis ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.

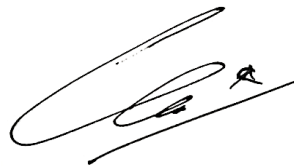
Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi 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 Niningasih, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya tulis ilmiah ini.

4. Mimik Christiani, S.ST.,M.KES ,selaku pembimbing Karya tulis ilmiah yang telah banyak memberi pengarahan , revisi, dan saran kepada penulis dalam meyempurnakan isi dari Karya tulis ilmiah.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan suara yang bersifat membangun dari semua pihak.

Trenggalek, 12 Januari 2025



Anggoro Dwi Prasetyo

NIM. P17240223063

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ii
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5

1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar CVA	7
2.1.1 Definisi CVA <i>Infark</i>	7
2.1.2 Klasifikasi CVA <i>Infark</i>	7
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Faktor Resiko	9
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	10
2.1.6 Patofisiologi	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.8 Penatalaksanaan.....	15
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan CVA <i>Infark</i>	17
2.2.1 Pengkajian.....	17
2.2.2 Diagnosa.....	28
2.2.3 Implementasi	45
2.2.4 Evaluasi.....	45
BAB III METODE PENELITIAN.....	47
3. 1 Rancangan Penelitian.....	47
3. 2 Batasan Istilah	47
3. 3 Partisipan	48
3. 4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	48
3.4.1 Lokasi penelitian.....	48
3.4.2 Waktu penelitian.....	49
3. 5 Pengumpulan Data	49
3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	49

3.5.2	Prosedur Pengumpulan Data	49
3. 6	Uji Keabsahan Data	51
3.6.1	Kepercayaan (<i>Credibility</i>)	51
3.6.2	Keteralihan (<i>Transferbility</i>).....	52
3.6.3	Kebergantungan (<i>Dependability</i>).....	52
3.6.4	Kepastian (<i>Confirmability</i>).....	52
3. 7	Analisa Data	53
3. 8	Etika Penelitian	53
BAB 4	HASIL PEMBAHASAN.....	55
4.1	Hasil	55
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	55
4.1.2	Pengkajian.....	56
4.1.3	Analisa Data	65
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	66
4.1.5	Intervensi.....	68
4.1.6	Implementasi	71
4.1.7	Evaluasi.....	74
4.1.8	Catatan Perkembangan.....	76
4.1.9	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	81
4.2	Pembahasan	94
4.2.1	Pengkajian.....	94
4.2.2	Diagnosa.....	96
4.2.3	Intervensi.....	98
4.2.4	Implementasi	98
4.2.5	Evaluasi.....	99

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
5.1 Kesimpulan.....	101
5.1.1 Pengkajian	101
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	101
5.1.3 Intervensi	102
5.1.4 Implementasi	102
5.1.5 Evaluasi.....	102
5.1.6 Analisa Data	102
5.2 Saran	103
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit	103
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	103
5.2.3 Bagi Peneliti	103
5.2.4 Bagi Klien.....	103
5.2.5 Bagi Penelitian Yang Akan Datang	104
DAFTAR PUSTAKA.....	105
LAMPIRAN	107

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	34
Tabel 4. 1 Identitas Umum	56
Tabel 4. 2 Riwayat penyakit	56
Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari hari	57
Tabel 4. 4 Konsep Diri	58
Tabel 4. 5 Pola Sensori	58
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik.....	59
Tabel 4. 7 Pemeriksaan LAB.....	63
Tabel 4. 8 Terapi Obat	64
Tabel 4. 9 Analisa Data.....	65
Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan	66
Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan	68
Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan	71
Tabel 4. 13 Evaluasi Keperawatan	74
Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan.....	76
Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	11
Gambar 4.1 Genogram.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent.....	54
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	55
Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan Anak	56
Lampiran 4 Lembar Konsul.....	69

DAFTAR ISTILAH

<i>Afasia</i>	: Kesulitan dalam berbicara
<i>Abdomen</i>	: Rongga tubuh besar yang terletak tepat dibawah thorax dan pisahkan dari rongga thorax oleh diafragma
<i>Analgesik</i>	: Obat untuk meningkatkan nyeri, bahan yang mengandung nyeri tanpa menyebabkan hilangnya kesadaran.
<i>Aritmia</i>	: Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana jantung berdenyut tidak normal
<i>Bed rest</i>	: Tirah baring
<i>Bladder</i>	: Kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah untuk sekresi, terutama kandung kemih
<i>Bowel</i>	: Usus atau Intestinum
<i>Dehidrasi</i>	: Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak
<i>Decubitus</i>	: Luka tekan akibat lama tirah baring
<i>Disatria</i>	: Bicara cedal atau pelo
<i>Disfagia</i>	: Kesulitan menelan
<i>Diastole</i>	: Tekanan terendah dimana tekanan jatuh diantara kontraksi <i>ventrikel</i>
<i>Ekstremitas</i>	: Anggota gerak tubuh
<i>Elektrolit</i>	: Garam yang <i>terionisasi</i> (terurai menjadi ion positif dan negatif dalam cairan tubuh)
<i>Edema</i>	: Penumpukan dalam tubuh atau pembengkakan

Eliminasi	: pelepasan air seni dan tinja (BAK dan BAB)
Eritrosit	: sel darah merah yang membawa <i>oksigen</i> kedalam sel tubuh dan <i>karbondioksida</i> keluar sel tubuh
Fibrilasi	: Kondisi dimana ruas atas jantung (<i>atrium</i>) berdenyut berdenyut terlalu cepat dan kacau
Goldenperiode	: Waktu paling bagus untuk menangani penyakit stroke
Hipertensi	: Peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg
Hemoragik	: Perdarahan
Hematocrit	: Porsi volume darah yang terdiri dari sel darah merah
Hematoma	: Kumpulan darah diluar pembuluh darah, terdapat didinding pembuluh darah tertusuk atau mengalami Luka
Hemiparesis	: Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh
Hemoglobin	: Pigmen pembawa oksigen dibentuk oleh eritrosit yang berkembang dalam sum-sum tulang
Homeostasis	: Suatu kondisi keseimbangan internal yang ideal. Semua System tubuh berinteraksi dalam cara tepat memenuhi kebutuhan tubuh.
Hipoksia	: Kekurangan oksigen dalam darah
<i>Infark</i>	: Nekrosis iskemik terbatas yang disebabkan oleh oklusi suplai arteri atau vena pada bagian tersebut
Inkontinensia	: Ketidakmampuan mengontrol buang air kecil dan buang air besar.

Iritabilitas	: Pekat terhadap rangsangan
Imobilisasi	: Ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif
Impuls	: Rangsangan atau pesan yang diterima oleh reseptor dari lingkungan luar, kemudian dibawa oleh neuron.
Kardiak	: Jumlah total darah yang dipompa oleh jantung selama periode waktu tertentu
Leukosit	: Sel darah putih
Limfosit	: Leukosit yang ditemukan dalam jaringan getah bening
Metabolisme	: Kemampuan tubuh untuk memecahkan kalori dan mengubahnya menjadi energi
<i>Miokard Infark</i>	: Serangan jantung. Terjadi ketika sekelompok otot jantung mati karena penyumbatan mendadak
Motorik	: Otot-otot yang menerima sinyal impuls saraf sistem saraf pusat jalur saraf
<i>Oklusi</i>	: penutupan suatu lubang, dekus atau pembuluh darah
<i>Perfusi</i>	: Pengaliran zat cair seperti darah lewat organ atau jaringan
Peristaltik usus	: Gerakan otot seperti gelombang dalam saluran pencernaan yang menggerakkan makanan dan cairan melalui saluran pencernaan
Kapiler	: Membran sel atau lapisan sel, misal dinding pembuluh darah kapiler
Ronchi	: Suara yang dihasilkan saat udara melewati jalan nafas yang penuh cairan atau mucus terdengar saat inspirasi

DAFTAR SINGKATAN

CVA	: Cerebra Vascular Accident
ADL	: Activity of Daily Lifting
CT-Scan	: Computerized Tomografi Scanning
GCS	: Glasgow Coma Scale
MRI	: Magnetizing Imaging Resonance
ROM	: Range Of Motion
EEG	: Elektro Encephalografi
RR	: Respirasi Rate
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: World Health Organization
NGT	: Nasogastric Tube
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia
Hb	: Hemoglobin
MRS	: Masuk Rumah Sakit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan merupakan rangkaian interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Kementerian Kesehatan RI, 2019 dalam E. R. Nasution, 2019). *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark suatu penyakit yang terjadi ketika terhentinya pasokan darah ke otak terganggu atau bahkan berkurang yang bisa menyebabkan jaringan pada otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Penyakit pada kondisi ini dapat mengancam kehidupan seseorang hingga kecacatan permanen dalam otak. CVA Infark terjadi ketika pembuluh darah di otak menyempit atau tersumbat akibat penumpukan timbunan lemak yang disebut plak. CVA bersifat mendadak, sehingga perlu diperhatikan sejak dini terutama mengenai tanda dan gejala yang menjadi kunci utama dalam penanganannya. CVA *Infark* tanda dan gejala yang sering ditemui meliputi peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Indrawati, 2021). Nyeri kepala klien stroke terjadi karena peningkatan TIK suplai O₂ menurun, peningkatan tekanan darah, sehingga klien membutuhkan perawatan tentang nyeri tersebut. Asuhan keperawatan sangat penting dalam mengatasi CVA *Infark* pada klien CVA *Infark* dan dengan dibuatnya asuhan keperawatan dapat memudahkan dalam

menentukan strategi yang tepat untuk melakukan perawatan pada klien yang menderita CVA *Infark*.

Menurut World Health Organization (2019) setiap tahun 15 juta orang dipenjur global menderita stroke dan 5 juta orang menderita kehilangan gerak yang berkepanjangan (Rahmawati, 2022). Prevalensi stroke di Indonesia adalah sebanyak 10,9% stroke 713.783 kasus, sedangkan prevalensi provinsi Jawa Timur 12,4% dari 113.045 kasus. Proporsi Kontrol Stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan pada penduduk umur 15 tahun dengan Stroke prevalensi Jawa Timur rutin 40,0% kadang-kadang 39,5% tidak memeriksakan ulang 20,5% (Wijayanti, 2021). Dari data Dinas Kesehatan Trenggalek pada tahun 2019 yang dilaporkan oleh 22 puskesmas di Kabupaten Trenggalek, penderita stroke yaitu 3.771 jiwa dari 693.104 jiwa penduduk (Nabila, 2023). Berdasarkan data survai register rawat inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 jumlah kasus CVA *Infark* sebanyak 775 jiwa dan CVA *hemoragic* 219 jiwa (KTI Vella, 2023).

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. Sedangkan yang kedua adalah terjadinya penebalan pada dinding pembuluh darah disebut dengan atherosclerosis, dan 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). Maka tubuh kekurangan suplai oksigen dan nutrien. 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 hambatan mobilitas fisik pada tubuh klien yang mengalami *CVA Infark* (Sholeh, 2019).

Penatalaksanaan *CVA Infark* pada klien gangguan mobilitas fisik sel cara mandiri diberikan ketika kondisi hemodinamik dan neurologis klien 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 klien *CVA Infark*. Latihan ini juga merupakan bentuk penatalaksanaan mendasar yang dapat dilakukan oleh perawat (Setyawati, 2019). Terapi genggam bola karet bias menghasilkan kontraksi otot dengan bantuan dari luar yaitu dengan fisioterapi dan alat mekanis (Santoso, 2018). 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 (Adi dan Kartika, 2018). 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 3 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.

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

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas atau lebar, sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Dalam penelitian ini penulis membatasi masalah yaitu “Asuhan Keperawatan pada klien CVA *Infark* dengan masalah keperawatan nyeri di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.3 Rumusan Penelitian

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut di atas dapat di rumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien CVA *Infark* di Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan dan melakukan analisa data pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus studi kasus ini adalah

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Mengevaluasi tindakan yang tepat pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Menganalisis hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada klien dengan CVA *Infark* di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada klien dengan fokus masalah keperawatan pada klien dengan CVA *Infark*.

Sebagai acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya, sehingga dapat menambah wawasan dalam bidang penelitian dan penerapan ilmu keperawatan yang telah di dapat selama masa studi, serta dapat menambah daftar kepustakaan dan referensi baru bagi mahasiswa keperawatan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan ataupun masukan dalam proses pembelajaran pembuatan karya tulis ilmiah di bidang ilmu keperawatan.

2) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta wawasan penulis dan juga dapat meningkatkan keterampilan dalam menerapkan ilmu yang didapat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar CVA

2.1.1 Definisi CVA *Infark*

CVA menurut WHO adalah suatu gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah otak, dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu.

CVA *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. Stroke *infark* disebut juga sebagai *stroke iskemik* atau *stroke non-hemoragik*.

2.1.2 Klasifikasi CVA *Infark*

CVA *Infark* dapat berupa iskemik atau *emboli* dan *thrombosis* serebral, serangan yang seringkali ditemui pada klien terjadi pada saat setelah istirahat yang lama, atau saat bangun tidur dan dipagi hari. CVA *Infark* merupakan penyakit yang terjadi perubahan pada otak yang terserang apabila tidak ditangani kurang dari 6 jam atau biasa disebut dengan “*golden periode*” maka akan terjadi kecacatan, kelemahan bahkan kematian, yang disebabkan karena penurunan suplai darah ke

otak yang mengalami penyumbatan pembuluh darah oleh *thrombus* ataupun *embolus*. Berdasarkan keadaan patologis CVA (*Cerebro Vascular Accident*) *Infark* diklasifikasikan :

- 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

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

2.1.3 Etiologi

- 1) Trombosit serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis dapat terjadi akibat aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis (radang pada arteri) dan emboli.

- 2) Hemograpi Pendarahan

Pendarahan intrakraminal atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri sebagai akibat dari pecahnya pembuluh darah. Pecahnya

pembuluh darah diakibatkan oleh adanya aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

3) Hipoksia Umum

Hipoksia umum disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung turun akibat aritmia yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

4) Hipoksia Setempat

Menurut (Nur Hayati, 2024) hipoksia setempat diakibatkan oleh spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

2.1.4 Faktor Resiko

Beberapa faktor penyebab CVA *Infark* menurut (Kusuma & Sara, 2020):

1) Faktor yang tidak dapat diubah (*non reversible*)

- a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan stroke dari pada wanita.
- b) Usia : semakin tinggi usia makin tinggi terkena stroke
- c) Keturunan : Ada riwayat keluarga yang terkena stroke

2) Faktor yang dapat diubah

- a) Hipertensi
- b) Penyakit jantung
- c) Kolesterol tinggi

- d) Obesitas
- e) Diabetes mellitus
- f) Polisitemia
- g) Stress emosional
- 3) Kebiasaan hidup
 - a) Merokok
 - b) Minum-minuman alcohol
 - c) Obat-obatan terlarang
 - d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

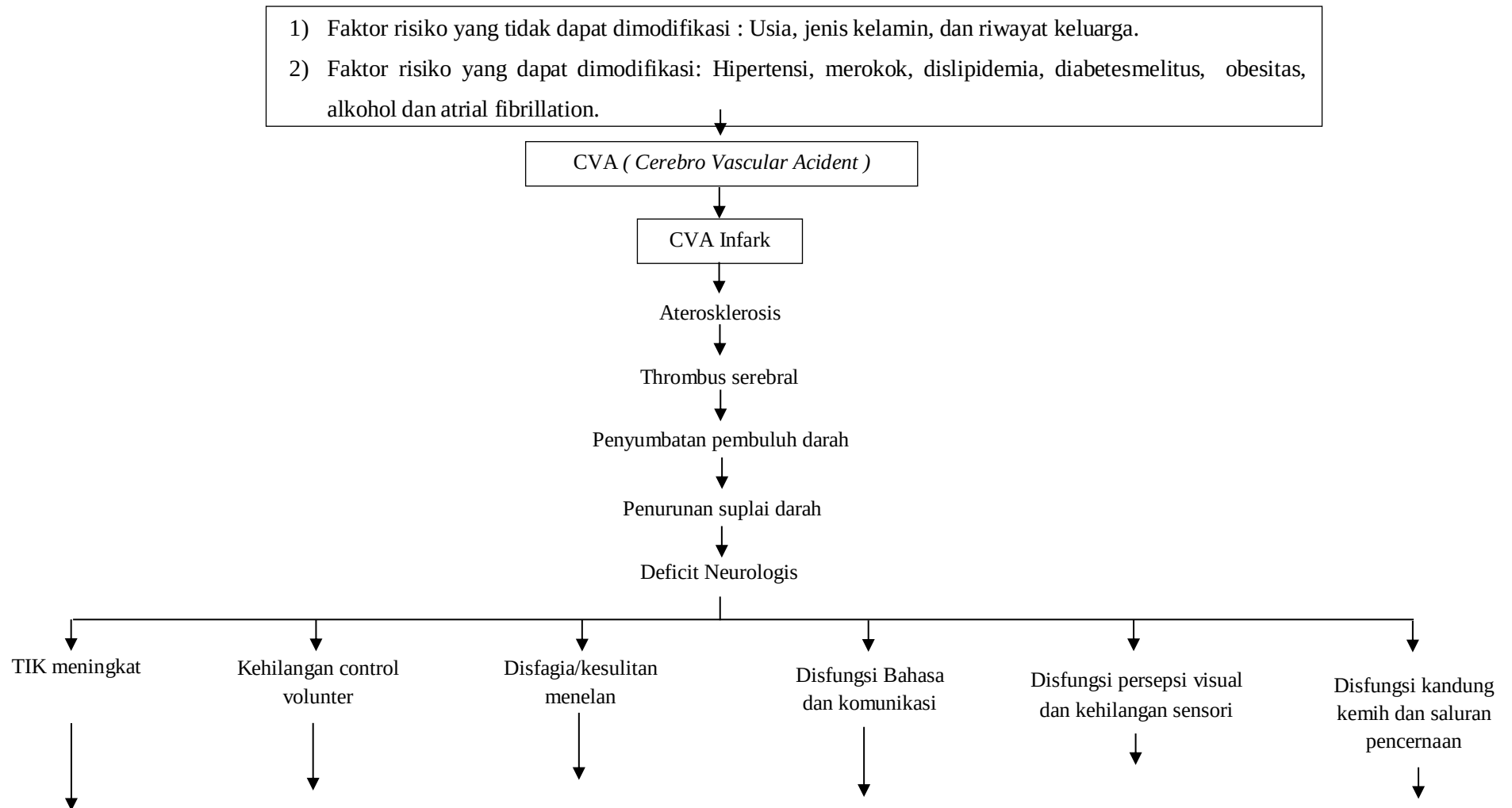
2.1.5 Manifestasi Klinis

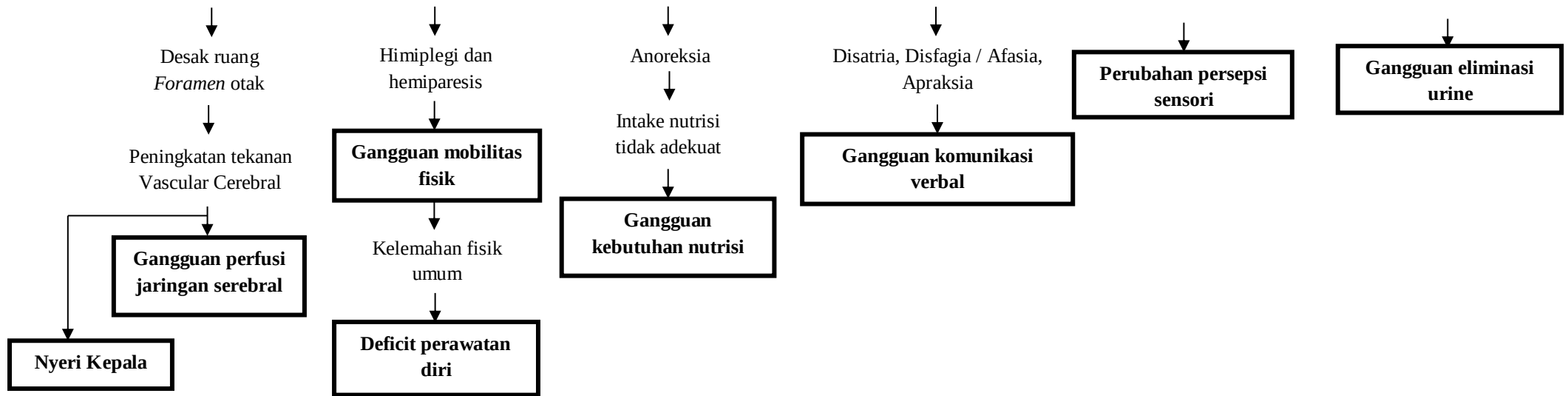
Stroke *Infark* dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu : stroke trombotik dan stroke embolik. Penyebab stroke *Infark* diantaranya : Hipertensi, Diabetes mellitus, Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST (Maria, 2021) :

- 1) Face (wajah), kelumpuhan wajah
- 2) Arms (tangan), kesulitan mengangkat tangan
- 3) Speech (Perkataan), afasia, bicara tidak jelas/tidak lancar/pelo
- 4) Time (waktu), harus segera membawa ke RS.
- 5) Gangguan penglihatan.
- 6) Ataksia (truncal/anggota badan)
- 7) Vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala, pingsan, depresi

2.1.6 Patofisiologi

1) Pathway





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2) Uraian

Faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) ada 2 yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarg sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetesmelitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation. CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA infark yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), Faktor terjadinya CVA hemoragik yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri

kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi 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**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot finger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang CVA menurut (Hariyanto, 2024) yaitu meliputi :

- 1) *MRI (Magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang

mengalami infark atau hemoragik.

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

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan CVA *Infark* menurut (Harsono, 2016 & PERDOSSI, 2016), yaitu :

1) Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Bedrest total dengan posisi kepala head up 15°-30°.
- b) Berikan terapi oksigen 2-3 L/menit dengan nasal kanul.
- c) Pasang infus IV sesuai kebutuhan.
- d) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul

- e) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi.

2) Penatalaksanaan Medis

- a) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 mg/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- b) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- c) Pemberian obat-obatan seperti nicardipin, ACE inhibitor, Beta Bloker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
- d) Pemberian obat-obatan seperti anti diabetic oral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
- e) Pemberian obat-obatan dabigatran, warfarin dll.
- f) Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholin, piracetan, pentoxifyline, dll.

3) Penatalaksanaan Nyeri

- a) Pemberian teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.
- b) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- c) Memfasilitasi istirahat tidur.
- d) Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan *CVA Infark*

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan (Zebua, LJ, 2021).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas pasien

Meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, I.J. 2021).

b) Riwayat Kesehatan

(1) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Zebua, IJ, 2021).

(2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan

awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke Iskemik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. (Zebua, LJ, 2021)

(3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat- obat antikoagulen, aspirin, fasodilator, obat- obat adiktif, kegemukan. (Zebua, LJ, 2021)

(4) Riwayat penyakit keluarga

Yang Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat CVA dari generasi terdahulu.

(Muttaqin, dalam Kusyanti, 2022).

(5) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola *persepsi* dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak *kooperatif* . dalam pola penanganan, klien biasanya

mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. (Zebua, LJ, 2021)

c) Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, Tanda : kesulitan menelan dan obesitas (Zebua, LJ, 2021)

(2) Pola Eliminasi

Gejala : adanya perubahan pola berkemih dan kesulitan BAB (*konstipasi*)

Tanda : *bising usus* negatif, *distensi abdomen* dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Zebua, LJ, 2021)

(3) Pola Aktivitas

Pada klien Stroke akan terjadi kelelahan, kelemahan, ketidaknyamanan, adanya dispnea saat digunakan aktivitas. (Zebua, LJ, 2021)

(4) Pola Istirahat

Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau *paralisis (hemiplegia)*, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot, *paralisis (hemiplegia)*, dan terjadi

kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran. (Zebua, LJ, 2021)

(5) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene. (Zebua, LJ, 2021)

(6) Pola seksualitas atau reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia *menarche*, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit. (Zebua, LJ, 2021)

(7) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Zebua, LJ, 2021)

(8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak *kooperatif*. (Zebua, LJ, 2021)

(9) Pola sensori dan kognitif

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

berpikir. Berdasarkan teori Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah (Zebua, LJ, 2021)

d) Data psikososial

(1) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *samnolen* dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) (Zebua, LJ, 2021)

(2) Pola interaksi dan komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo, cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Zebua, LJ, 2021)

(3) Orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hariapa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Zebua, LJ, 2021)

(4) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera,

memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulanginya. Tes memori jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien. (Zebua, LJ, 2021)

(5) Suasana hati atau mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya. (Zebua, LJ, 2021)

2) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien Stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (*samnolen*), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (*apatis*), mengantuk yang dalam (*sopor*), *spoor coma*, hingga penurunan kesadaran (*coma*), dengan GCS 12 pada awal terserang Stroke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan *compos mentis* dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020).

Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan Stroke non Hemoragic memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan *systole* > 140 dan

diastole > 80. (Sulistiyawati, 2020).

(2) Nadi

Biasanya nadi (Sulistiyawati, 2020), normal 60-100 x/menit.
(Sulistiyawati, 2020).

(3) Pernapasan

Biasanya pasien Stroke non Hemoragic tidak mengalami pernapas (Sulistiyawati, 2020),

(4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan Stroke non Hemoragic (Sulistiyawati, 2020).

b) Pemeriksaan kepala dan rambut

(1) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien Stroke non Hemoragic (Sulistiyawati, 2020).

(2) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiyawati, 2020).

(3) Hidung

Biasanya hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung (Sulistiyawati, 2020)

(4) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Sulistiyawati, 2020)

(5) Mata

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

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Mulut

Biasanya pada penderita dengan apatis, sopor hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Penderita tidak dapat menjulurkan lidah dan mencong ke kiri dan kanan, artikulasi kurang jelas saat bicara (Sulistiyawati, 2020),

(6) Pemeriksaan leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran kelenjaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar tyroid. (Sulistiyawati, 2020).

c) Pemeriksaan Paru-paru

(1) Inspeksi biasanya simetris kiri dan kanan

(2) Palpasi : biasanya vokal fremitus sama antara kiri dan kanan

(3) Perkusi biasanya bunyi normal sonor

(4) Auskultasi (Sulistiyawati, 2020), biasanya suara normal vesikuler

d) Pemeriksaan Jantung

(1) Inspeksi biasanya iktus kordis tidak terlihat

(2) Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

(3) Perkusi : biasanya batas jantung normal

(4) Auskultasi (Sulistiyawati, 2020), biasanya suara vesikuler

e) Abdomen

(1) Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

(2) Auskultasi biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/menit)

(3) Palpasi hepar biasanya tidak ada pembesaran

(4) Perkusi biasanya terdapat suara tympani (Sulistiyawati, 2020).

f) Pemeriksaan abdomen

Bising usus normalnya 5 – 35 x/menit. Pada pasien stroke biasanya didapatkan penurunan peristaltik usus akibat *bed rest* yang lama dan kadang terdapat kembung. (Sulistiyawati, 2020).

g) Pemeriksaan integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda *dekubitus* terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. (Sulistiyawati, 2020).

h) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya ditemukan *hemiplegi paralisis* atau *hemiparase*, mengalami kelemahan otot. (Sulistiyawati, 2020).

i) Pemeriksaan Neurologis

(1) Nervus I (*Olfaktorius*) : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. (Sulistiyawati, 2020).

(2) Nervus II (*Optikus*) : gangguan sensori penglihatan hubungan *visual parsial* sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6. (Sulistiyawati, 2020).

(3) Nervus III (*Okulomotoris*) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, *palpebra* dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata. (Sulistiyawati, 2020).

(4) Nervus IV (*Toklearis*) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah. (Sulistiyawati, 2020).

(5) Nervus V (*Trigeminus*) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup

kelompok mata. (Sulistiyawati, 2020).

(6) Nervus VI (*Abdusen*) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri. (Sulistiyawati, 2020).

(7) Nervus VII (*Fasialis*) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. (Sulistiyawati, 2020).

(8) Nervus VIII (*Vestibulococlearis*) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas. (Sulistiyawati, 2020).

(9) Nervus IX (*Glosafaringeus*) : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat. (Sulistiyawati, 2020).

(10) Nervus X (*Vagus*) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut. (Sulistiyawati, 2020).

(11) Nervus XI (*Asesorius*) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat. (Sulistiyawati, 2020).

(12) Nervus XII (*Hipoglosus*) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara. (Sulistiyawati, 2020).

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada klien CVA infark menurut (SDKI, 2017) :

1) Gangguan Perfusi Jaringan (D.0009)

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi himoglobin
- c) Peningkatan Tekanan Darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup, monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes melitus, hiperlipidemia)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Pengisian Kapiler<3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral terasa dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia	1. Edema
2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	2. Penyembuhan luka lambat
	3. Indeks ankle-brachial <0,90
	4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tanda dan Gejala Mayor

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

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
 - b) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
 - d) Faktor ekonomi
 - e) Faktor psikologis
- 4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang

terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing.

Gejala dan Tanda Mayor

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

Gejala dan Tanda Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Perubahan persepsi stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

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

Tanda dan Gejala Minor

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

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)

Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

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

k) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes	2. Berkemih tidak tuntas
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urin meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari suatu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi

- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tanda dan Gejala Mayor

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

Tanda dan Gejala Minor

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

8) Nyeri Akut (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

a. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Jaringan berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, dan kejang 3) GCS 4,5,6 4) Pupil isokor 5) Reflek cahaya (+) - TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol 8) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanan darah stabil 6) Supaya kolestrol stabil dengan pemberian obat

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
2.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	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) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang 6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar pasien normal	Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Monitor berat badan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	1) Untuk mengetahui status nutrisi 2) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit 4) Untuk mengetahui makanan apa yang disukai 5) Untuk menjaga kebersihan mulut 6) Untuk mencegah supaya tidak terjadi konstipasi 7) Untuk mencegah tersedak saat makan

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
4.	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal Kriteria hasil: Keluarga mengungkapkan peloyang di alami klien berkurang. Klien berkomunikasi dengan jelas. Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas,volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dankomputer) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 7) Anjurkan bicaraperlahan Kolaborasi : 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Untuk mengetahui proses kognitif,anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4) Dengan adanya dukungan psikologis klien merasa senang

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
5.	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu memethankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal hariin 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)	1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu 4) Untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien 5) Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari 6) Untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			9) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	
6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu BAK dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			cairan, jika perlu Edukasi : 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi : 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	kemih
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik : 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)	
8.	Nyeri Akut berhubungan dengan perfusi perifer tidak efektif (D.0077)	Pengalman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Kriteria hasil : 3) keluhan nyeri menurun meringis menurun	Observasi : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik 1) Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan)	Observasi 1) Mengetahui lokasi nyeri, karakteristik nyeri, berapa lama nyeri dirasakan serta kualitas dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien untuk mengetahui penanganan apa yang akan diberikan. Terapeutik. 1) Agar pasien tidak akan ketergantungan pada obat. 2) Memastikan pasien merasakan nyaman sehingga nyeri yang pasien rasakan tidak semakin parah.

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
			Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Edukasi 1) Dengan mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri maka pasien dapat mengatasi nyerinya sendiri. 2) Agar pasien dapat memilih strategi untuk meredakan nyeri yang ia rasakan sendiri sesuai keinginan dan kenyamanannya. 3) Agar pasien dapat mengetahui terapi farmakologi (obat-obatan) yang dapat digunakan selain non farmakologi jika terapi non farmakologi tidak berhasil.

2.2.3 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

1) Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan yang dilakukan tanpa pesanan dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat sendiri. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat jika perawat bekerja dengan anggota perawatan lainnya dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terancang tentang Kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga Kesehatan lainnya (Suparyanto, 2013). Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan yang telah diberikan kepada klien dengan melihat pada kerangka SOAP, istilah SOAP yakni subjektif, objektif, analisis data, dan perencanaan. Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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

BAB III

METODE PENELITIAN

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

3. 1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah kesatuan, rencana dan spesifik mengenai cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasi data. Menurut Sugiyono (2014). Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *CVA (Cerebral Vascular Accident) Infark* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek secara komprehensif. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, melakukan implementasi dan mengevaluasi (Mulyanti, 2017).

3. 2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan keperawatan klien *CVA Infark*.

Asuhan keperawatan merupakan proses di dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Klien merupakan adalah orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan. *CVA Infark* adalah sindrom yang terjadi secara mendadak, progresif cepat, dan berlangsung selama 24 jam, ini terjadi karena thrombosis dan emboli yang menyebabkan penyumbatan yang bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak.

3. 3 Partisipan

Partisipan merupakan seseorang yang diteliti atau pihak- pihak yang dijadikan subyek dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah klien *CVA Infark* dengan masalah keperawatan nyeri di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Partisipan yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1 klien dengan kriteria:

- 1) Klien yang di diagnosa *CVA Infark*.
- 2) Klien yang kooperatif dan bersedia menjadi responden.
- 3) Klien dalam keadaan sadar penuh, bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan.
- 4) Klien yang mengalami nyeri kepala.

3. 4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi penelitian

Lokasi yang di gunakan untuk penelitian asuhan keperawatan *CVA Infark* adalah di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu penelitian

Waktu pengambilan data atau studi kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal....

3. 5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Jenis instrumen dapat di gunakan dalam pengumpulan data adalah dokumen wawancara tersruktur berupa format asuhan keperawatan atau chek list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat, pemeriksaan laboratorium atau dokumen relevan. Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data skunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data skunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status klien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

1) Tahap persiapan

Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang. Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang. Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek

dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang. Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang, peneliti bekerja sama dengan *CI (clinical instructure)* ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan *CVA Infark* kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Dalam Karya tulis ilmiah ini klien adalah orang yang menderita *CVA Infark* tanpa penyakit penyerta. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden, dalam hal ini klien dan keluarga tentang tujuan penelitian dan karena responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati keputusan itu. Dan mencari responden yang lain yang bersedia untuk menjadi responden penelitian.

3) Tahap pelaksanaan

Peneliti datang ke tempat partisipan yang bersedia menandatangani *informed consent* serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan

saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan *data demografi*. Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti thermometer, stetoskope, jam tangan, pen light, timbang berat badan, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik. Selain itu bisa digabungkan dengan dokumen rawat inap klien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan. Kegiatan wawancara diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Selanjutnya dilakukan validasi kepada responden dan bila ada yang kurang ditambahkan selama proses validasi data.

4) Tahap penutup

Mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, setelah klien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3. 6 Uji Keabsahan Data

3.6.1 Kepercayaan (*Credibility*)

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

(*clinical instructure*), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Keteralihan (*Transferbility*)

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

3.6.3 Kebergantungan (*Dependability*)

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

3.6.4 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. 7 Analisa Data

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

3. 8 Etika Penelitian

Menurut Nasution (2023), etika dalam penelitian antara lain :

1) *Beneficence*

Peneliti memberikan penjelasan kepada responden penelitian tentang tujuan penelitian serta manfaat penelitian yang akan didapatkan bagi responden penelitian.

2) *Non-maleficence*

Non-maleficence adalah suatu prinsip yang mana peneliti tidak melakukan perbuatan yang memperburuk klien.

3) *Justice*

Peneliti memperlakukan sama rata seluruh responden tanpa membedakan responden berdasarkan kedudukan sosial, pendidikan maupun status sosial responden.

4) *Autonomy*

Peneliti menyamarkan identitas responden penelitian sebagai upaya menjaga privasi responden, peneliti menggunakan inisial sebagai ganti identitas responden.

BAB 4

HASIL PEMBAHASAN

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

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

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4. 1 Identitas Umum

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Ny. S
b) Jenis kelamin	Perempuan
c) Umur	50 tahun
d) Status perkawinan	Kawin
e) Pekerjaan	Tani
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMA
h) Alamat	RT 11 RW 07, Bogor, Kampak, Kab Treggalek
i) Tanggal/jam MRS	27 Maret 2025/ 10.00 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	27 Maret 2025/16.30 WIB
k) Diagnosa Medis	CVA Infark

2) Diagnosa Medis : CVA Infark

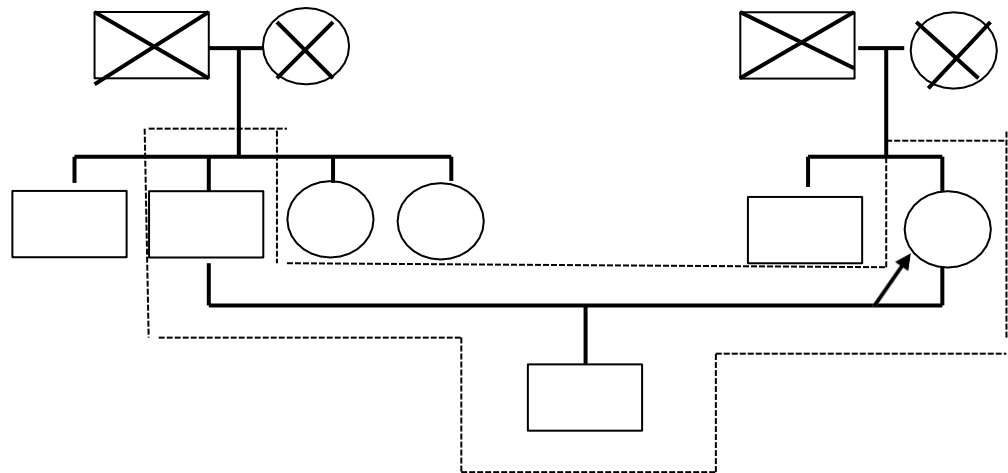
3) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Klien mengatakan bangun tidur lemas, jalan sempoyongan, tangan dan kaki terasa berat, dan pusing (27 Maret 2025/ 10.00 WIB). Saat Pengkajian : Klien mengatakan pusing, nyeri kepala tampak meringis, badan terasa lemas, tangan dan kaki sebelah kanan merasa berat (27 Maret 2025/16.30 WIB).
Riwayat Penyakit Sekarang	Ny. S mengatakan merasa pusing, nyeri kepala dan badan lemas, lalu oleh Tn. M dibawa ke klinik. Dari klinik disarankan langsung dibawa ke Rsud Dr Soedomo, tiba di Igd pukul 10.00 WIB, lalu pukul 16.30 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke. P : Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cunut-cunut R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ± 1 menit

Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dari ibunya sejak 3 taun yang lalu, klien tidak pernah kontrol maupun minum obat
Riwayat Keluarga	Klien mengatakan mempunyai Riwayat hipertensi dari ibunya

Genogram :



Keterangan :

: Laki-laki

: Pasien

: Perempuan

: Tinggal Serumah

: Meninggal Dunia

4) Pola Sehari hari

Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari hari

Aktivitas	Di rumah	Di RS
Makan dan Minum Makan	Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Posri makan dihabiskan. Tidak ada pantangan makan	Keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari, terkadang habis 1 porsi dengan jenis nasi, sayur, dan lauk-pauk tidak mengalami kesulitan menelan dan muntah
Minum	Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari.	Keluarga mengatakan pasien minum 1 botol air mineral sehari atau sekitar 600 ml per 24 jam
Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat di rumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Klien mengatakan selama di Rs belum BAB
Pola eliminasi BAK	Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan sudah mengganti 2x pempes selama di RS
Pola istirahat/ Tidur	Klien mengatakan saat di rumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang.	klien mengatakan sejak masuk RS, klien mengalami kesulitan tidur karena suara bising dan ketika ada petugas medis yang datang.
Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keramas 2 hari sekali.	Pasien mengatakan saat di RS tidak mandi hanya disibin 2 kali sehari pada pagi dan sore hari oleh keluarganya
Aktifitas	Klien menatakan ketika di rumah aktifitas sendiri, bertani	pasien mengatakan saat di RS pasien hanya tidur berbaring, untuk aktivitas dibantu oleh keluarga pasien yang menunggu.

5) Riwayat Psikologi

a) Konsep Diri

Tabel 4. 4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini.
Ideal Diri	Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang di derita saat ini.
Harga Diri	Klien tampak bersemangat dan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya
Peran	Ny. S adalah seorang istri sekaligus ibu dari satu orang anak.
Identitas Diri	Klien mengatakan ia bernama Ny. S, Perempuan, umur 50 tahun, tinggal di Kampak ,Trenggalek

b) Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain

c) Pola Seksual

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

d) Pola Mekanisme Koping

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

e) Pola persepsi sensori

Tabel 4. 5 Pola Sensori

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

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

f) Pola Keyakinan dan Nilai

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

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah. Terpasang infus di tangan kanan.
b. Tanda-tanda vital	TD: 202/106 mmHg $MAP: \frac{202 + 106 \times 2}{3} = 138$ N: 104x/ menit S: 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%
c. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan Rambut	Inspeksi: Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah tidak simetris mengalami kelemahan otot wajah sebelah kiri. Palpasi: Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema
	Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur

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

i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas dexstra lemah, kekuatan otot $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$ Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan Nilai 3 : Hanya mampu melawan gaya gravitasi
j.Pemeriksaan Neurologis Kemampuan Sensorik Kemampuan Motorik	<i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (-) (+) -Bisep (-) (+) -Patella (-) (+) <i>Reflek Patologis :</i> -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+) -Sensasi Nyeri (+) -Sensasi Panas dan Dingin (+) -Penciuman (+) -Hemiparesis pada bagian kanan
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. 2. Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding. 3. Okulomotorius : pupil <i>isokor</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah 5. Trigemini : reflek berkedip klien positif 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri 7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi 8. Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien baik. 9. Glasofaringeus : klien tidak mengalami kesulitan bicara, klien mampu membedakan rasa makanan. 10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan 11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri 12. Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah

7) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Leb

Tabel 4. 7 Pemeriksaan LAB

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
16 Maret 2025	Darah Lengkap			
	Hemoglobin	13.3	g/dL	12.5-16.0
	Hematokrit	42.2	%	37.0-47.0
	Lekosit	7.2	$10^3/uL$	4.0-10.5
	Trombosit	204	$10^3/uL$ Juta/uL	150-450
	Eritrosit	4.82	fL pg	3.50-4.76
	MCV	87.6	g/dL	78.0-100.0
	MCH	27.6	%	31.0-37.0
	MCHC	31.5	fL fL	37.0-54.0
	RDW	15.1	%	11.0-16.0
	PDW	15.7	%	9.0-17.0
	MPV	11.2	%	8.0-11.0
	Neu%	43.3	$10^3/uL$	37.0-72.0
	Lym%	42.5	$10^3/uL$	15.0-50.0
	Mxd%	12.2	$10^3/uL$	0.0-14.0
	Neu#	3.2	mg/dL	1.5-6.6
	Lym#	3.1	mg/dL mg/dL	1.5-3.5
	Mxd#	0.9		<1.0
	Gula darah			
	Glukosa Darah	92	mg/dL	<180.0
	FAAL Ginjal			15.0 – 45.0
	Ureum	22.4		0.9 – 1.3
	Creatinin	1.27		
	eCFR	66		
	FAAL Hati			
	SGOT	12.9	U/L	10.0 – 40.0
	SGPT	15.3	U/L	10.1 -55.0

b) CT Scan Tanpa Kontras Tanggal 16 Maret 2025

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

- (1) Tampak lesi hipodense batas tidak di capsula interna kiri
- (2) Sulci dan gyri normal
- (3) Sistem ventrikel dan cysterna normal
- (4) Pors dan cerebellum normal
- (5) Tak tampak kalsifikasi abnormal
- (6) Tak tampak devid midline

- (7) Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan
- (8) Calvaria normal
- (9) Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik Kesan
- (10) Acute infark di capsula interna kiri

c) Pemeriksaan EKG

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

8) Penelaksanaan Terapi

Tabel 4. 8 Terapi Obat

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
27 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg Ranitidine 2x 50 mg Santagesik 2x500mg	Intravena
28 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg Ranitidine 2x 50mg CPG 1x1 mg Santagesik 2x500mg	Intravena subkutan
29 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg, Ranitidine 2x50mg, Santagesik 2x500, CPG 1x1 mg	Intravena
30 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm Citicolin 2x500 mg, Ranitine 2x50mg, Samtagesik 2x500mg	Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 9 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : -Klien mengatakan merasa pusing Do : -Keadaan umum lemah -Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 -akral dingin -CRT <2 detik -riwayat hipertensi 3 tahun yang lalu -ekstremitas kanan lemah -mendapat inj iv citicolin 2x500 mg -TTV -TD : 202/106 mmHg - MAP: $\frac{202+106 \times 2}{3} = 138$ - N : 104x/ menit - S : 36,5°C - RR : 20x/ menit - SP02 : 99% -Nervus 11 (aksesorius Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. <i>Acute infark di capsula interna kiri</i>	Gangguan perfusi serebral tidak efektif	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan <i>vascular cerebral</i>
2	Ds: -Klien mengatakan merasa pusing P:Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cenut-cenut R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ±1 menit Do: -Keadaan umum lemah -klien mengalami kesulitan tidur -Klien tampak meringis -Skala nyeri 6 -Kesadaran compos metis GCS 4 5 6 -TTV - TD : 202/106 mmHg - N : 104x/ menit - S : 36,5°C - RR : 20x/ menit - SP02 : 99%	Nyeri Akut	Proses Pencedera Fisiologis

3.	Ds : -Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan Do : -Keadaan umum lemah -Aktifitas mengganti pakian, BAB, BAK dibantu keluarga -Klen mengatakan aktifitas sehari hari dibantu keluarga -Rentang Gerak (ROM) menurun -Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> -TTV TD : 202/106 mmHg N : 104x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	4	5	4	5	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Himiplegi dan hemiparesis
4	5						
4	5						

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan
1.	27-3-2025	Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis ditandai dengan Ds : -Klien mengatakan merasa pusing Do : -Keadaan umum lemah -Kesadaran compos metis -GCS 4-5-6 -Akral dingin -CRT < 2 detik -Ekstremitas kanan lemah -TTV TD : 202/106 mmHg N : 104x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. Acute infark di capsula interna kiri	30-3-2025	

2	27-3-2025	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Proses Pencedera Fisiologis Ds: P:Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cenut-cenut R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ±1 menit Do: -Keadaan umum lemah -klien mengalami kesulitan tidur -Klien tampak meringis -Gelisah -Frekuensi nadi meningkat -Skala nyeri 6 -Kesadaran compos metis GCS 4 5 6 -TTV TD : 202/106 mmHg N : 104x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	30-3-2025					
3.	27-3-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : -Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan Do : -Keadaan umum lemah -Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - Aktifitas mengganti pakian, BAB, BAK dibantu keluarga -Klen mengatakan aktifitas sehari hari dibantu keluarga -Rentang Gerak (ROM) menurun -Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> -TTV TD : 202/106 mmHg N : 104x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	4	5	4	5	30-3-2025	
4	5							
4	5							

4.1.5 Intervensi

Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Tanda Tangan
1	27-3-2025	Gangguan perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tekanan intracranial membaik 2. Tekanan darah sistolik membaik 3. Tekanan darah diastolic membaik 4. Pusing menurun	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial 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 pemapasan 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	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memeriksa posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO2 pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi	

				antikonvulsan	dan antikonvulsan
				18. Kolaborasi pemberian diuretik Kolaborasi pemberian pelunak tinja	18. Kolaborasi pemberian diuretik Kolaborasi pemberian pelunak tinja
2	27-3-2025	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Tekanan darah membaik	Menejemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi	1. mengetahui penyebab nyeri kualitas nyeri, lokasi nyeri, dan waktu terjadinya nyeri 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul 4. Mengetahui apa aja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya 5. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Mengetahui apakah nyeri yang dirasakan mengganggu aktivitas pasien 8. Mengetahui keberhasilan komplement er yang sudah diberikan 9. Mengetahui efek samping penggunaan analgetic 10. Memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 11. Memberikan kenyamanan lingkungan pasien yang memperberat nyeri 12. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan 13. Menentukan terapi yang diberikan

				14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	sesuai kualitas nyeri 14. Memberikan penjelasan mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Mengajarkan bagaimana strategi yang dapat dilakukan untuk meredakan nyeri 16. Ajarkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri Motivasi pasien untuk menggunakan analgetik dengan tepat
3	27-3-2025	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Lemas menurun Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu

4.1.6 Implementasi

Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Diagnosa	Implementasi	Tanda Tangan
1	27-3-2025 16.30 16.35 16.40 16.50 16.55 16.57 17.00 17.10 17.20 20.00	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	1) Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien Hasil : pasien dan keluarga pasien kooperatif mau diajak Kerjasama 2) Mengkaji kesadaran pasien Hasil : K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 3) Identifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : pasien memiliki riwayat hipertensi 4) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK dan obs.kejang Hasil : tekanan darah pasien meningkat, pasien masih pusing, 5) Melakukan TTV Hasil : TD : 202/106mmHg N : 104x/menit S : 36,5 C RR : 20x/menit SPO ₂ :99 % 6) Memonitor MAP Hasil : $\frac{185 + 120 \times 2}{3} = 200$ 7) Menyediakan lingkungan tenang dan anjurkan bedrest Hasil : batasi pengunjung 8) Memberikan posisi semifowler Hasil : pasien dalam posisi 30-45 dengan posisi leher tidak menekuk 9) Memberikan injeksi IV line Hasil : citicoli 500mg 10) Mengganti cairan infus PZ 1500 cc : 14 tpm	

2	27-3-2025 16.35	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologisa	1) Mengidentifikasi karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri lokasi, durasi, kualitas Hasil : pasien mengatakan nyeri meningkat ketika kaki digunakan untuk bergerak, nyeri terasa cenus-cenus dan panas, nyeri pada punggung kaki kanan, nyeri hilang timbul, dengan durasi ± 1 menit	
	16.40		2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6	
	16.50		3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : pasien tampak meringis kesakitan	
	17.10		4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri meningkat ketika kaki digunakan untuk bergerak	
	17.25		5) Memberikan dan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil : pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam saat nyeri muncul	
	17.35		6) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : memberikan edukasi kepada keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung pasien	
	17.50		7) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Hasil : memberikan edukasi bahwa rasa nyeri yang muncul pada luka gangren merupakan reaksi alami tubuh melalui sistem saraf, karena adanya rangsangan pada ujung-ujung serabut saraf di permukaan kulit	
	18.00		8) Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil : melakukan injeksi Santagesik 1 amp (IV)	

3	27-3-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien Hasil : pasien dan keluarga pasien kooperatif mau diajak Kerjasama	
	16.35		2. Mengobservasi TTV TD : 202/106 mmHg N : 104x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 99%	
	16.40		3. Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot :	
	16.50		$\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$	
	17.00		4. Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kiri yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan	
	17.05		5. Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif	
	19.00		6. Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali	
	19.10		7. Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4. 13 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	No. Diagnosa	Evaluasi	Tanda Tangan
1	27-3-2025 21.00	Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis ditandai dengan	S : Klien mengatakan merasa pusing O: -Keadaan umum lemah -Kesadaran compos metis -GCS 4-5-6 -Akral dingin -CRT < 2 detik -Ekstremitas kanan lemah -TTV TD : 180/101 mmHg N : 105x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% -Hasil CT Scan Kesimpulan : Acute infark di capsula interna kiri A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
2	27-3-2025 21.00	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan	S: Klien mengatakan nyeri kepala P : Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cunut-cunut R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ±1 menit O : -Keadaan umum lemah -Klien tampak meringis -Gelisah -Frekuensi nadi meningkat -Skala nyeri 6 - TTV : TD :180/101 mmHg N : 105 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
3	27-3-2025 21.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan	S : 1. Klien mengatakan tangan kanan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan O: 1. Keadaan umum	

			mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) masih sulit menahan tekanan 5. Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> 6. TTV: TD :180/101 mmHg N : 105x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	4	5	4	5	
4	5							
4	5							

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan

No	Tanggal	No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
1	28-3-2025 16.30 16.40 16.45 16.50 17.00	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	1. Memonitoring tanda gejala TIK (Pusing berkurang) 2. Mengobservasi tingkat kesadaran (Composmantis 4-5-6) 3. Memposisikan klien semi flower (memudahkan klien bernafas) 4. Mengukur TTV TD: 178/99 mmHg N: 103x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 5. Kolaborasi pemberian obat (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg)	S : 1. Klien mengatakan masih merasa pusing O : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 3. CRT < 2 detik 4. Akral dingin 5. TTV TD: 178/99 N: 103x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 6. Hasil CT Scan Kesimpulan :Acute infark di capsula interna kiri A: Masalah Beluym Teratasi P: Intervensi dilanjutkan No.(2,3,11,12,18)	
2	28-3-2025 16.30 16.40 16.45	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis	1. Memonitoring tanda gejala TIK (Pusing berkurang) 2. Mengobservasi tingkat kesadaran (Composmantis 4-5-6) 3. Memposisikan klien semi flower (memudahkan klien bernafas) 4. Mengukur TTV TD: 178/99 mmHg 5. N: 103x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 6. Kolaborasi pemberian obat (Santagesik 2x500mg)	S: Klien mengatakan nyeri kepala P : Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cenut-cenut R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ±1 menit O : -Keadaan umum lemah -Klien tampak meringis -Gelisah -Frekuensi nadi meningkat -Skala nyeri 6 - TTV : TD :178/99 mmHg N : 103 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,11	
3	28-3-2025 16.30	Gangguan mobilitas fisik b.d	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S : 1. Klien mengatakan tangan kanan dan kaki	

		penurunan kekuatan otot	(Klien belum kuat diberikan tekanan pada tangan dan kaki kanan) 2. Mengkaji kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur untuk mika-miki) 4. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien melakukan aktifitas Mengajari klien dan keluarga untuk membantu mobilisasi sederhana (mika-miki)	4	5	4	5	sebelah kanan masih sulit menahan tekanan O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas 3. Rentang Gerak (ROM) Masih sulit menahan tekanan 4. Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> 1. TTV TD: 178/99 N: 103x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (2,5,7,8)	4	5	4	5	
4	5												
4	5												
4	5												
4	5												
1	29-3-2025 08.00 08.10 08.50	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	1. Memonitoring tanda gejala TIK (Sudah tidak pusing) 2. Mengukur TTV : TD: 150/85mmHg N: 115x/ menit S : 36,1°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 3. Kolaborasi pemberian obat (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 1 g)	S : 1. Klien mengatakan pusing sudah jarang terjadi O : 1. Keadaan umum klien lemah 2. Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 3. CRT <2 Detik 4. Akral hangat 5. TTV TD: 150/85 N: 115x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah teratasi sebagian 1. Sakit kepala menurun 2. Tingkat kesadaran mengikat 3. Akral membaik P: Intervensi dilanjutkan (No. 2,3,11,18)									
2	29-3-2025 08.00 08.10	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	1. Memonitoring tanda gejala TIK (Pusing berkurang) 2. Mengobservasi tingkat kesadaran (Composmantis 4-5-6) 3. Memposisikan klien semi	S: Klien mengatakan nyeri kepala P : Nyeri dirasakan sewaktu waktu menurun Q : Nyeri terasa cunut-cunut									

			flower (memudahkan klien bernafas) 4. Mengukur TTV TD: 150/85 mmHg N: 115x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 5. Kolaborasi pemberian obat (Santagesik 2x500mg)	R : Nyer dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ±1 menit O : -Keadaan umum lemah -Klien tampak meringis -Gelisah -Frekuensi nadi meningkat -Skala nyeri 3 - TTV : TD :150/85 mmHg N : 115 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4									
3	29-3-2025 08.00 08.10 08.15	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (Klien belum kuat diberikan tekanan pada tangan dan kaki kanan) 2. Mengkaji kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur untuk mika-miki) 4. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien melakukan aktifitas Mengajari klien dan keluarga untuk membantu mobilisasi sederhana (mika-miki)	4	5	4	5	S : 1. Klien mengatakan tangan kanan dan kaki sebelah kanan masih sulit menahan tekanan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas fisik 3. Rentang Gerak (ROM) masih sulit menahan tekanan 4. Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> 6. TTV TD: 150/85 N: 115x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan (2,5,7,8)	4	5	4	5	
4	5												
4	5												
4	5												
4	5												
1	30-3-2025	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	1. Mengukur TTV : TD: 148/82mmHg N: 79x/ menit S : 36,1°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 2. Kolaborasi pemberian obat (Citicolin 1 x 500 mg)	S : 1. Klien mengatakan sudah tidak pusing Klien mengatakan nyeri kepala 0 : 1. Keadan umum klien baik 2. CRT < 2 Detik 3. Akral hangat 4. Kesadaran compos									

				mentis GCS 4 5 6 5. TTV TD :148/82 mmHg N : 79 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (Klien KRS)					
2	30-3-2025	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	1. Memonitoring tanda gejala TIK (Pusing berkurang) 2. Mengobservasi tingkat kesadaran (Composmantis 4-5-6) 3. Memposisikan klien semi flower (memudahkan klien bernafas) 4. Mengukur TTV TD: 148/82 mmHg N: 79x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	S: Klien mengatakan nyeri kepala P : Nyeri kepala reda Q : Nyeri cenut- cenut reda R :Sudah tidak nyeri di kepala bagian depan S : skala nyeri 0 T : Sudah tidak nyeri O : -Keadaan umum baik -Klien sudah tidak tampak meringis -klien sudah tidakGelisah -Frekuensi nadi membaik -Skala nyeri 0 - TTV : TD :148/82 mmHg N : 79 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi P : Intervensi Dihentikan (klien KRS)					
3	30-3-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (Klien sudah kuat diberikan tekanan pada tangan dan kaki kanan) 2. Mengkaji kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sudah bisa menahan tekanan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien sudah boleh duduk 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot	
5	5								
5	5								

				5 5 5 5 6. TTV TD: 148/82 mmHg N: 79x/ menit S : 36,1°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (Klien KRS)	
--	--	--	--	---	--

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Analisa			
No	Teori	Fakta	Kesenjangan
1	Pengkajin : Meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, I.J. 2021)	Berdasarkan hasil penelitian klien CVA Infark pada Ny. S dengan usia 59 tahun, jenis kelamin Laki laki, pendidikan terakhir SLTA, bertempat tinggal di RT 18 RW 06, Ngantru, Trenggalek, Trenggalek. Pekerjaan Tani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 16 Maret 2025, tanggal pengkajian 16 Maret 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Sesuai
2	Keluhan Utama : Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Zebua, IJ, 2021).	Saat MRS : Klien mengatakan bangun tidur lemas, jalan sempoyongan, tangan dan kaki kanan terasa berat, dan disertai pusing Saat Pengkajian : Klien mengatakan pusing, tampak meringis, badan terasa lemas, tangan dan kaki sebelah kanan terasa berat. P: Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cunat-cunat R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ± 1 menit	Sesuai

3	Riwayat penyakit sekarang : Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, pusing, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. (Zebua, IJ, 2021).	Ny. S mengatakan merasa pusing dan badan lemas, lalu oleh Tn. M dibawa ke klinik. Dari klinik disarankan langsung dibawa ke Rsud Dr Soedomo, tiba di Igd pukul 10.00 WIB, lalu pukul 16.30 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke. P: Nyeri dirasakan sewaktu waktu Q : Nyeri terasa cenut-cenut R : Nyeri dirasakan di kepala bagian depan S : Slaka nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, dengan durasi ± 1 menit	Sesuai
4	Riwayat penyakit dahulu : Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin, fasodilator, obat- obat adiktif, kegemukan. (Zebua, LJ, 2021)	Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dari ibunya sekitar 3 taun yang lalu, klien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes dan penyakit jantung	Sesuai
5	Riwayat penyakit keluarga : Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, DM, atau riwayat CVA dari generasi terdahulu. (Muttaqin, dalam Kusyanti, 2022).	Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dari ibunya.	Sesuai
6	Pola Nutrisi dan Cairan : Pola Nutrisi Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, Tanda : kesulitan menelan dan obesitas (Zebua, LJ, 2021)	Selama di RS klien tidak mengalami gangguan pada nervus X (vagus) klien tidak mengalami kesulitan menelan	Terdapat Kesenjangan

7	Pola Eliminasi : Gejala : adanya perubahan pola berkemih dan kesulitan BAB (<i>konstipasi</i>) Tanda : <i>bising usus</i> negatif, <i>distensi abdomen</i> dan ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Zebua, LJ, 2021)	Berdasarkan penelitian klien mengalami perubahan berkemih (<i>Inkontinensia urin</i>)	Sesuai
8	Pola Istirahat tidur : Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau <i>paralisis (hemiplegia)</i> , merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).(Zebua, LJ, 2021)	Berdasarkan penelitian klien mengalami kesulitan tidur karena pusing	Sesuai
9	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. (Zebua, LJ, 2021)	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien baik, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.	Terdapat Kesenjangan
10	Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial : Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Zebua, LJ, 2021)	Klien mengatakandengan bicara dengan Bahasa Jawa. Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Terdapat Kesenjangan

11	Pola Keyakinan dan Nilai : Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah (Turwoto, dalam Kusyuni, 2022).	Selama di RS klien masih melakukan ibadah sholat lima waktu walaupun dengan hanya berbaring, klien juga berdoa agar cepat sembuh dari penyakit yang dideritanya.	Terdapat Kesenjangan
12	Keadaan Umum : Tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien Stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS 12 pada awal terserang Stroke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15 (Sulistiyawati, 2020).	Klien tidak mengalami penurunan kesadaran, keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah. Terpasang infus di tangan kanan. TD : 202/106 mmHg N : 104x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%	Terdapat Kesenjangan
Pemeriksaan Fisik :			
1)	Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan 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.	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah tidak simetris mengalami kelemahan otot wajah sebelah kanan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.	Sesuai
2)	Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidak simetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).		

3)	Mata : Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor).	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur	Sesuai
4)	Hidung : Biasanya hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.	Sesuai
5)	Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan	Sesuai
7)	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.	Bibir tidak simetris mengarah ke kiri. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, Klien dapat menjulurkan lidah tetapi condong kekiri	Sesuai
8)	Dada/Thorak (1) Pemeriksaan sistem pernafasan - Inspeksi : Kesimetrisan bentuk dan pergerakan dada, terdapat pulsi jantung atau tidak. - Palpasi : untuk menilai tactile fremitus - Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor. - Auskultasi : Pernafasan pada pasien CVA kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan.	Inspeksi : bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercostal. Palpasi : Vocal Fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi :suara nafas vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan.	Sesuai
9)	Pemeriksaan jantung		
10)	Inspeksi : iktus kardus tidak terlihat.	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat	
11)	Perkusi : pada jantung untuk mengetahui	Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5,	

suara jantung, normalnya adalah pekak.		Sesuai
12) Palpasi : tidak ada pembesaran hepar.	Perkusi : suara jantung pekak	
13) 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.	Auskultasi : bunyi jantung lup dup	
14) Abdomen		
(1) Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada lesi.	Sesuai
(2) Auskultasi biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/menit)	Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar.	
(3) Palpasi hepar biasanya tidak ada pembesaran	Perkusi : terdengar suara Tympani Auskultasi : bising usus terdengar 7x/menit	
(4) Perkusi biasanya terdapat suara tympani		
15) Genitalia : Biasanya pasien stroke infrak tidak terpasang kateter.	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.	Sesuai
16) Ekstremitas : Pada pasien stroke biasanya ditemukan <i>hemiplegi paralysis</i> atau <i>hemiparase</i> , mengalami kelemahan otot	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot	
(1) Atas		Sesuai
CRT normal < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, saat siku ditekuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi reflek bicep (-).		
Sedangkan pada pemeriksaan refleks Hoffman tromner jari tidak		

4	5
4	5

Nilai 5 : kekuatan otot penuh
Nilai 4: tidak kuat bila di beri tekanan

mengembang ketika diberi reflek Hoffman tromner (+). (2) Bawah Pada pemeriksaan reflek, pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kiri pasien fleksi bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon reflek Caddok (+). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawa biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi reflek Openheim(+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek Patella			
Saraf kranial			
(1) <i>Nervus I (Olfaktorius)</i> :	terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kana berbeda.	Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih.	Sesuai
(2) <i>Nervus II (Optikus)</i> :	gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.	Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding.	Sesuai
(3) <i>Nervus III (Okulomotoris)</i> :	diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan <i>anisokor</i> , <i>palpebra</i> dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.	Okulomotorius : pupil <i>Isokor</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)	Sesuai

(4) <i>Nervus IV (Trochlearis)</i> : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.	Trochlear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah	Sesuai
(5) <i>Nervus V (Trigeminus)</i> : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.	Trigeminus : reflek berkedip klien positif	Sesuai
(6) <i>Nervus VI (Abducens)</i> : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.	Abducens : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri	Sesuai
(7) <i>Nervus VII (Facialis)</i> : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.	Facialis : klien mampu mengerutkan dahi Vestibulocochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.	Sesuai
(8) <i>Nervus VIII (Vestibulocochlearis)</i> : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.		
(9) <i>Nervus IX (Glossopharyngeus)</i> : klien yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.	Glossopharyngeus : klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.	Sesuai
(10) <i>Nervus X (Vagus)</i> : kemampuan klien tidak baik, kesulitan membuka mulut.	Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Sesuai
(11) <i>Nervus XI (Accessory)</i> : klien CVA tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	Accessory : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan	Sesuai
(12) <i>Nervus XII (Hypoglossus)</i> : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	Hypoglossus : klien mampu menjulurkan lidah	Sesuai

DIAGNOSA KEPERAWATAN		
Berikut diagnosa keperawatan pada klien Cerebro Vaskuler Accident (CVA) menurut (PPNI, 2017) :	1) Risiko Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017) 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). 3) Nyeri Akut (D.0077)	Terdapat kesenjangan
1) Risiko Perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)		
2) Defisit perawatan diri (D.0109)		
3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)		
4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)		
5) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)		
6) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).		
7) Nyeri Akut (D.0077)		
8) Gangguan prespsi sensori (D0085)		
INTERVENSI KEPERAWATAN		
1 Intervensi : sesuai dengan apa yang disusun berdasarkan teori Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral	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 pemapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan	Sesuai
1. Tekanan intrakranial membaik		
2. Tekanan darah sistolik membaik		
3. Tekanan darah diastolic membaik		
4. Pusing menurun		

lingkungan yang tenang

Berikan posisi semi fowler

Hindari penggunaan PEEP

14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik

15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal

16. Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan

18. Kolaborasi pemberian diuretik

19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja

Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik

5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)

6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu

7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Menejemen Nyeri Observasi:

10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

11. Identifikasi skala nyeri

-
12. Identifikasi respon nyeri non verbal
 13. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 16. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 17. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 18. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

14. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
15. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
16. Fasilitasi istirahat dan tidur
17. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

20. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
21. Jelaskan strategi meredakan nyeri
22. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
23. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
24. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

19. Kolaborasi pemberian analgetik ,jika perlu
-

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN		
Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015)	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Sesuai
EVALUASI KEPERAWATAN		
Evaluasi : Menurut (Suparyanto, 2013) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu : 1) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan- keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien). 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat. 3) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien. P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.	Diagnosa 1 S : 1) Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang P : Pusing hilang timbul Q : Pusing terasa cunut-cunut R : Pusing dirasakan di kepala bagian depan S : Skala nyeri 6 T : pusing dirasakan sewaktu waktu 0 : 1) Keadaan umum klien mulai membaik 2) Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 3) TTV TD :142/82 mmHg N : 81x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% Tekanan darah membaik (5) Sakit kepala menurun (3) P: Intervensi dilanjutkan No. (1,2,8,11,12) Diagnosa 2 S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai agak mudah diangkat tetapi tidak kuat	Sesuai

O:

6. Keadaan umum mulai membaik
7. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang
8. Klien masih berbaring di tempat tidur
9. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik
10. Kekuatan otot

7. TTV

TD :142/82 mmHg N : 81x/ menit

S: 36,5 °C

RR : 20x/ menit SP02 : 99%

A: Masalah belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan No. (2,5,7,8)

Diagnosa 3

S:

- 1) Klien mengatakan nyeri kepala

P : Pusing hilang timbul

Q : Pusing terasa cunat cunat

R : Pusing dirasakan di kepala bagian depan

S : Skala 6

T : pusing dirasakan sewaktu waktu

O :

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Skala nyeri 6
- 6) TTV :

TD :142/82 mmHg N : 81 x/menit

S : 36,5°C

RR : 20 x/menit SPO2 : 98%

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-5

4.2 Pembahasan

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

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

4.2.1 Pengkajian

1) Pola nutrisi dan cairan

Berdasarkan hasil penelitian klien Ny. S tidak ditemukan mengalami kesulitan menelan dan mengunyah

Menurut (Zebua, LJ, 2021) nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia dan disertai mengalami kesulitan menelan

Peneliti berasumsi bahwa pada klien Ny. S tidak mengalami mual atau muntah dan nyeri. Sedangkan klien dalam hal makan tidak ada yang berpantangan dan pada Ny. S tidak terjadi gangguan pada nervus X (vagus). Klien juga tidak memilih-milih makanan.

2) Pola kognitif

Berdasarkan data pengkajian Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien

berfungsi dengan baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Menurut (Zebua, LJ, 2021) 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.

Peneliti berasumsi bahwa tidak semua penderita stroke mengalami gangguan tersebut karena klien mendapatkan penanganan yang tepat saat terjadi serangan stroke pertama kali, kurang dari 5 jam setelah serangan klien dibawa ke Rumah Sakit oleh keluarga sehingga dapat diberikan pencegahan yang lebih dini untuk mengurangi komplikasi atau gejala yang lebih parah salah satunya gangguan pada nervus hipoglossus. Sehingga, klien masih mampu berkomunikasi dengan baik.

3) Pola Keyakinan dan Nilai

Selama di RS klien masih melakukan ibadah sholat lima waktu walaupun dengan hanya berbaring, klien juga berdoa agar cepat sembuh dari penyakit yang dideritanya

Menurut (Zebua, LJ, 2021) Kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh akan menyebabkan klien jarang beribadah

Penulis berasumsi meskipun klien mengalami kelemahan klien tetap menjalankan ibadah dan berdoa agar cepat sembuh dari penyakit yang dideritanya

4) Keadaan Umum

Berdasarkan data yang didapat klien tidak mengalami penurunan kesadaran, keadaan umum lemah GCS 4 5 6

Menurut (Sulistiyawati, 2020) tingkat kesadaran pasien merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Biasanya pada pasien Stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS 12 pada awal terjerang Stroke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan, penulis berasumsi karena klien mendapatkan penanganan yang tepat saat terjadi serangan stroke pertama kali, yaitu sebelum 5 jam berlalu sejak serangan stroke dan sebelum klien mengalami penurunan kesadaran. Klien dibawa ke RS oleh keluarga.

4.2.2 Diagnosa

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien CVA Infark, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 3 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan defisit neurologis, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan CVA yaitu sebanyak 8 diagnosa keperawatan, yaitu resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif, defisit perawatan diri, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, gangguan kebutuhan nutrisi, resiko gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi sensori dan gangguan eliminasi urine.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu Risiko perfusi Serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan nyeri akut. Sedangkan secara teori klien dengan CVA iskemik diagnosa yang muncul ada 8. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul

pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi

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

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

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

4.2.4 Implementasi

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

Implementasi keperawatan merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015)

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada implementasi, implementasi sudah dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

4.2.5 Evaluasi

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

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

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi

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

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa, Ny. S tidak mengalami semua tanda tanda Stroke Iskemik yang telah dipelajari, ada kesamaan dan juga ada kesenjangan antara teori dan fakta contohnya pada pola interaksi dan komunikasi pada teori disebutkan bahwa biasanya penderita Stroke Iskemik kesulitan menjawab pertanyaan dari perawat karena adanya gangguan *disartria, disfonia, afasia*. Tetapi fakta yang ditemukan peneliti, Ny. S mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa adanya gangguan berbicara.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Stroke infark yaitu Risiko Perfusi Serebral tidak Efektif berhubungan dengan defisit neurologis, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

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

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

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.3 Bagi Peneliti

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

5.2.4 Bagi Klien

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

5.2.5 Bagi Penelitian Yang Akan Datang

Dari hasil penelitian ini diharapkan dijadikan panduan, literature atau referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang sebaik – baiknya. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan bisa melanjutkan penelitian ini tentang perubahan perfusi jaringan serebral yang lebih mendalam sehingga hasil penelitian menjadi semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Hariyanto, A. (2024). Study Of Differences In Systole And Diastole Blood Pressure In Stroke Patients. *Prosiding*, 3(4).
- Indrawati, L., Fitryasari, R., & Ahsan. (2021). Effectiveness of Nursing Discharge Planning Interventions for Stroke Patient. *STRADA: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.30994/sjik.v10i1.762>
- Kusuma, A. S., & Sara, O. (2020). Penerapan Prosedur Latihan Range Of Motion (Rom) Pasif Sedingi Mungkin Pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 5(10).
- Maria, D. (2021). Penerapan Pijat Refleksi Kaki Dengan Metode Manual Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Dalam Konteks Keluarga. *Husada Karya Jasa*, 7(2).
- Nabila, F. (2023). Analisis Spektroskopi Impedansi Listrik pada Sel Darah Utuh untuk Mengkorelasikan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Iskemik. *Pascasarjana Universitas Mataram*, 09(11). <https://doi.org/10.29303/jppipa.v9i11.5443>
- Nasution, A. S. (2023). *Pengantar Metodologi Kesehatan*.
- Nasution, E. R. (2019). *Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan*.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (4th ed). Jakarta : Salemba Medika.
- Nur Hayati, R., Nur Hidayati, R., & Andriyanto, A. (2024). Asuhan Keperawatan Lansia Yang Mengalami Post Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Kupang Kec. Jetis Kab. Mojokerto. *Dspace*.
- Rachmawati, D., Andarini, S., & Ningsih. (2017). Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(04).
- Santoso, L. E. (2018). Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi di Ruang Flamboyan RSUD Jombang. *Insan Cendekia Medika Jombang*.
- Setyawati, W. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Di Ruang Krisan Rsud Bangil Pasuruan. *Insan Cendekia Medika Jombang*.
- Sholeh, A., Juniani, A. I., & Devi, Y. N. (2019). Analisis dan Perancangan Sepeda Statis untuk Rehabilitasi Penderita Stroke. *Kumpulan Jurnal Dan Elektronik PPNS*.

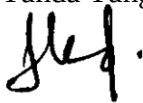
- Sulistyawaty. (2020). *asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragic yang di rawat di rumah saki* (Online), (file:///C:/Users/User/Downloads/kti%20sulistiyawati.pdf diakses 6 Maret 2022)
- Wijayanti, E. S. (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Kasus Post Stroke Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan. *Universitas Muhamadiyah Lamongan*, 13(02). <https://doi.org/https://doi.org/10.38040/js.v12i2.271>
- Tarwoto, 2013. Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan.edisi II. Jakarta : CV Sagung Seto
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Zebua, 1.J. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik. (Online), (file:///C:/Users/User/Downloads/askep%20ketidakberdayaan %20(2)-dikonversi%20(1).pdf diakses 10 Februari 2022)

*Lampiran 1 Lembar Persetujuan (Inform Consent)***LEMBAR INFORMED CONSENT**

Nama saya Anggoro Dwi Prasetyo 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 Klien Dengan CVA Infark Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

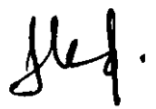
Tanda Tangan


SUKATMI

*Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

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

Trenggalek, 27 Maret 2025


SUKATMI

(.....)

Lampiran 3 Surat Penelitian

 Kemenkes Poltekkes Malang	Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan Politeknik Kesehatan Malang Jalan Besar Ijen 77C Malang, Jawa Timur 65132 ☎ (0341) 566075 🌐 https://poltekkes-malang.ac.id
Trenggalek, 27 Maret 2025	
Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/173/2025 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 : ANGGORO DWI PRASETYO NIM : P17240223063 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan CVA <i>Infark</i> 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	
<u>TEMBUSAN disampaikan kepada :</u> Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan. 2. Sdr. Karu. Unit Stroke. 3. Peneliti.	
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik	

Lampiran 4 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN 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
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 SAAT INI (P Q R S T)

.....

.....

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT DAHULU

.....
.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

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

7. RIWAYAT KEHIDUPAN SOSIAL

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

8. POLA KOGNISI**Status Mental Emosional**

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

Mekanisme Koping

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

Komunikasi

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

9. STATUS SPIRITUAL

.....

.....

.....

10. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

11. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Primer

1) Airway

.....

2) Breathing

.....

3) Circulation

.....

4) Disability

Kualitatif

.....

Kuantitatif

.....

b. Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....

c. Pemeriksaan integumen :

.....

d. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi:

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

e. Abdomen :

Inspeksi:

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

f. Genetalia :

.....

.....

12. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....

.....

13. PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

.....

.....

14. PEMERIKSAAN REFLEK

.....

.....

15. PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS

a. Nervus Olfaktorius

b. Nervus Optik

c. Nervus Okulomotorius

d. Nervus Trochlearis

e. Nervus Trigemini

f. Nervus Abducentis

g. Nervus Fasialis

h. Nervus Auditorius

i. Nervus Glosfaringeus

j. Nervus Vagus

k. Nervus Asesorius

l. Nervus Hipoglosus

16. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....
.....

17. 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 BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SLKI	Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI	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

Nama : Anggoro Dwi Prasetyo

NIM : P17240223063

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA *INFRAK* Di Ruang

Unit Stroke RSUD Dr Soedomo Trenggalek

Pembimbing : Mimik Christiani SST., M.Kes

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan
1	12-02-2024	Pengajuan judul “: Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan CVA <i>INFRAK</i> Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr Soedomo Trenggalek	
2	02-03-2024	BAB 1 lengkapi latar belakang Urutkan skala masalah Referensi terbaru	
3	08-03-2024	Latar belakang tambahkan referensi Melengkapi penulisan ACC BAB 1	
4	15-03-2024	Memperbaiki urutan penulisan Pathway harus sesuai	
5	18-03-2024	Melengkapi konsep teori Revisi sesuai masukan ACC BAB 2	
6	24-03-2024	Memperbaiki Batasan istilah Memperbaiki tulisan	
7	02-04-2024	Melengkapi daftar Pustaka Menambahkan di metode penelitian Menambahkan partisipan	

8	15-01-2025	Lengkapi sesuai urutan karya tulis ilmiah ACC ujian proposal	
9	02-05-2025	Melengkapi pengkajian Melengkapi analisa data, imple, eval, caper	
10	04-05-2025	Pembahasan dilengkapi Hasil analisis di lengkapi	
11	06-05-2025	ACC Ujian semhas	