

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

TUGAS AKHIR

ZANVIRA DWI ANGGRAENI

NIM. P17240223051



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

2025

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

TUGAS AKHIR

**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**

ZANVIRA DWI ANGGRAENI

NIM. P17240223051



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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : ZANVIRA DWI ANGGRAENI

Tempat, tanggal lahir : Tulungagung, 16 Januari 2004

Agama : Islam

Alamat : Dsn. Krandekan, RT. 02/ RW. 02

Ds. Wonorejo, Kec. Sumbergempol

Kab Tulungagung, Prop. Jawa Timur



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Sumberdadi lulus tahun 2010
2. SDN 1 Sumberdadi lulus tahun 2016
3. SMPN 2 Tulungagung lulus tahun 2019
4. SMAN 1 Kedungwaru lulus tahun 2022
5. POLKESMA Prodi D3 Keperawatan Kampus V
Trenggalek 2022 - 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : ZANVIRA DWI ANGGRAENI

Nim : P17240223051

Program Studi : Diploma- 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek Jurusan
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

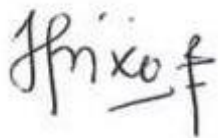
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar – benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang kemudian sya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau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

Mengetahui,

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing

Yang Membuat Pernyataan



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901202



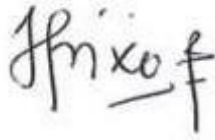
Zanzira Dwi Anggraeni
NIM : P17240223051

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Zanvira Dwi Anggraeni (P17240223051) dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek**” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ixora', with a horizontal line underneath.

Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901202

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Zanvira Dwi Anggraeni (P17240223051) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji pada Jumat, 09 Mei 2025

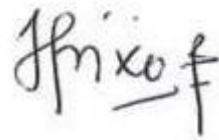
Dewan Penguji,

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901202

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ners, M.Kes
NIP. 197608102002122001

MOTO

“ Masih banyak makanan enak yang harus dicoba, serial yang harus ditamatkan, dan tempat indah yang harus dikunjungi. Mungkin bagi kita hidup menyakitkan, tapi bagi orang – orang di sekeliling kita akan lebih menyakitkan kalau kita nggak hidup, seberat apapun keadaan, Jangan Menyerah Ya ”.

(Fiersa Besari)

PERSEMBAHAN

Assalamu'alaikum warohmatullahi wabarokatuh sebagaimana mestinya umat muslim, segala bentuk kegiatan selalu ku awali dengan bacaan Bismillahirrahmanirrahim, dan mengakhirinya dengan ucapan Alhamdulillah. Sembah sujud dan puji syukurku kepada Tuhan Yang Maha Esa Allah SWT yang senantiasa memberikan syafaat dan hidayahnya, bekal yang begitu teramat sempurna, kekuatan, ketabahan, lindungan, akal, rizki yang tiada terduga- duga, kemampuan yang jelas tidak secara tiba-tiba ada, semua karena-Mu Tuhan sang pemilik alam semesta. Dengan tekad, semangat, dan diiringi do'a terwujudlah rangkaian kata demi kata yang tersusun menjadi sebuah kalimat, kalimat demi kalimat yang tersusun menjadi sebuah paragraf, paragraf demi paragraf yang tersusun sehingga mewujudkan terciptanya Karya Tulis Ilmiah ini. Ku persembahkan tugas akhir ini untuk orang-orang terhebat yang berperan penting dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, dan begitu artinya dalam kehidupan ku.

Untuk Orang Tuaku

(Bapak Agus Budi Utomo dan Ibu Sulikah) Banyak rangkain kata yang tidak bisa saya ucapkan satu persatu dalam persembahan ini untuk kedua orang tuaku. Namun ada satu kalimat sederhana yang perlu saya saya sampaikan “ Terima Kasih Bapak, Ibu Atas Perjuangan dan Doa Yang Telah Engkau Usahakan Secara Maksimal Demi Mewujudkan Anakmu Menjadi Seorang Sarjana Keperawatan”. Terima kasih untuk bapak tercinta yang selalun bekerja keras untuk mencukupi biaya kuliah ku selama

6 semester. Terimakasih untuk ibuku tersayang yang telah menjadi penyemangat dalam perjalanan hidupku, dan terimakasih selalu mendoakanku agar aku biasa menjadi wanita sukses. Terimakasih untuk do'a yang senantiasa setiap waktu kau panjatkan untuk anak-anakmu. Terimakasih, semoga segala bentuk keluh kesahmu, lelah letihmu dapat menjadi pahala yang akan menjadi bekal untukmu, dan semoga untuk segalanya dapat terbayar melalui anak- anakmu.

Untuk Saudaraku

(Intan Octavia Putri dan Nurlaili Watimatus Syaroh) Terimakasih untuk saudara-saudaraku, yang selalu memberikanku motivasi untuk tetap bertahan di pilihan yang dulunya ku anggap pilihan yang salah. Terimakasih selalu menjadi pendukung terbaik dikala orang tuaku tidak percaya dengan keputusan yang ku ambil, terima kasih kalian selalu menganggapku wanita dewasa yang mampu mandiri. Keoptimisan yang selalu kalian ucapkan kepadaku selalu menjadikan penyemangat untuk menjadi wanita yang lebih baik.

Untuk Dosen-Dosenku

Terimakasih kepada Bapak dan Ibu Dosen yang telah membimbing dan membuka pola pikirku. Terimakasih atas bekal yang telah kau tanamkan kepada murid-muridmu. Semoga tuhan senantiasa melindungi dan melimpahkan rezeki untuk kalian Bapak dan Ibu dosenku. Terimakasih atas rasa senang saat engkau memujiku, terimakasih untuk rasa deg-degan saat engkau memanggilku atau menyuruhku maju, terimakasih untuk rasa marah yang tiada arti saat ternyata ekpetasiku jatuh didorong realitamu. Mohon maaf untuk Bapak dan Ibu dosenku jika selama ini,

kurang lebih tiga tahun sempat membicarakanmu entah itu pujian atau luapan emosi belaka. Semoga kami murid-muridmu dapat membanggakanmu.

Untuk Teman se Almamaterku

(Puput Asma Nadiya, Dhea Aprillia Nurrohmah, Yolanda Putri, Widya Maharani, Reza Nur Fadilla) Tidak terasa kita akan berpisah dan menentukan pilihan kehidupan kita masing-masing setelah hampir 3 tahun kita masih saling tatap muka. Terimakasih telah menjadi motivasiku untuk lebih baik meskipun pada mulanya diawali dengan kata iri dalam hati. Terimakasih telah mewujudkan rasa ingin bersaingku yang membuat ku belajar untuk mengalahkanmu. Terimakasih telah menjadi lawan sekaligus teman. Sampai berjumpa dilain kesempatan dengan pencapaian yang kita inginkan semoga kita selalu diberikan kesehatan.

Untuk Diri Sendiri

(Zanvira Dwi Anggraeni) Terima kasih sudah mau bertahan sampai saat ini, sudah mau berjuang tanpa lelah walaupun diringi dengan tangisan tapi selalu sanggup untuk bangkit lagi. Semoga dikedepannya nanti jika banyak rintangan akan tetap mampu berjalan ke depan dan tidak menyerah, semoga selalu diberikan kesehatan dan kesempatan yang selalu diimpikan. Semoga juga bisa bekerja ditempat yang diinginkan. Amin

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatu..

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat, karunia, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan CVA di Ruang Unit Stroke dr. Soedomo Trenggalek” tepat pada waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tentunya penulis mendapat banyak bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak, oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang secara langsung maupun tidak langsung sudah membantu sampai tersusunnya ini, kepada yang terhormat :

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan 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 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
- 4) Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 5) Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep., selaku penguji Karya Tulis Ilmiah

yang telah banyak memberikan pengarahannya serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

- 6) Semua dosen dan staff Prodi D-III Keperawatan Trenggalek yang telah ikut membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 7) Semua rekan Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa dalam penelitian karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Trenggalek, 22 April 2025



Zanvira Dwi Anggraeni
(Nim. P17240223051)

ABSTRAK

Zanvira Dwi Anggraeni (2025). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns. Ixora, S. Kep., Ns., M. Kep.

Asuhan keperawatan pada pasien CVA merupakan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada orang yang mengalami penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal atau global, munculnya mendadak, dan cepat. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada klien dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan deskriptif kualitatif melalui pendekatan studi kasus di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Partisipan yang diambil penelitian ini adalah 1 klien dengan kriteria bersedia menjadi partisipan, kooperatif, dan mengalami penurunan kesadaran serta bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara, pengamatan, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Dari hasil penelitian adanya kesenjangan antara teori dan fakta, masalah keperawatan yang muncul gangguan perfusi jaringan serebral, Gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal. Intervensi disusun berdasarkan teori kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur dirumahsakit. Implementasi keperawatan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil maksimal dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian. Peneliti menyimpulkan bahwa klien stroke harus menerapkan pola hidup sehat dan memerlukan perawatan khusus demi terciptanya kesembuhan secara optimal.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan CVA, Klien

ABSTRAC

Zanvira Dwi Anggraeni (2025). Nursing care for patient with CVA in the stroke unit room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Scientific Writing Case Study, D-3 Study Program Nursing Campus Trenggalek Regency, Nursing Department, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Supervisor: Ns. Ixora, S .Kep., NS., M.Kep.

Nursing care in CVA patient is an activity to meet basic human needs that start from the assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation of people who experience diseases in the brain in the form of disorders of local or global nerve function, sudden and fast emergence. The purpose of this study is to provide comprehensive nursing care as well as analyzing the gap between facts and theories to clients and CVA in the stroke unit room of RSUD Dr. Soedomo. In this study researchers used descriptive qualitative through a case study approach in the stroke unit room of RSUD Dr. Soedomo Trenggalek. Participants taken by this study were 1 client with criteria for being willing to be a participant, cooperative, and experienced a decrease in awareness and was willing to provide information needed in the study. The data collection methods used are interviews, observation, physical examination and documentation studies. From the results of research there is a gap between theory and facts, nursing problems that appear cerebral tissue perfusion disorders, disruption of physical mobility, verbal communication disorders. Interventions are arranged based on existing literature theory and referring to the standard operating procedures in hospitals. Nursing implementation adjusts to the needs and conditions of the client. Evaluation using SOAP development notes makes it easy to monitor client development. During an evaluation of three days, the client's condition began to change, although it had not yet achieved maximum results with the criteria for the results of the problem resolved in part. Researchers concluded that stroke clients must adopt a healthy lifestyle and require special care for the creation of optimal healing.

Keywords: CVA nursing care, client

DAFTAR ISI

COVER	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTO	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK	xii
<i>ABSTRAC</i>	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah.....	6
1.4 Tujuan Masalah.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7
1.5.2 Manfaat Praktis.....	8
BAB 2.....	10
TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Penyakit CVA.....	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Klasifikasi.....	10
2.1.3 Etiologi.....	12

2.1.4	Faktor Resiko	15
2.1.5	Manifestasi Klinis.....	17
2.1.6	Bagan Patofisiologi	20
Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016).....		21
2.1.7	Patofisiologi.....	22
2.1.8	Komplikasi	23
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.1.10	Penatalaksanaan.....	25
2.2	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	27
2.2.1	Pengkajian data.....	27
2.2.2	Analisa data	37
2.2.3	Diagnosa keperawatan.....	37
2.2.4	Intervensi Keperawatan.....	43
2.2.5	Implementasi Keperawatan	56
2.2.6	Evaluasi	56
2.2.7	Dokumentasi.....	57
BAB 3.....		58
METODE PENELITIAN		58
3.1	Desain Penelitian.....	58
3.2	Batasan Istilah.....	59
3.3	Partisipan.....	59
3.4	Lokasi dan Waktu Penulisan.....	60
3.4.1	Lokasi.....	60
3.4.2	Waktu	60
3.5	Pengumpulan data	60
3.5.1	Bahan/Instrumen.....	60
3.5.2	Metode Pengumpulan Data	60
3.5.3	Prosedur Pengumpulan data	60
3.6	Uji Keabsahan Data	63
3.6.1	Credibility(Kepercayaan).....	64
3.6.2	Transferability(Keteralihan).....	64
3.6.3	Dependability(Kebergantungan)	64
3.6.4	Confirmability(Kepastian)	65
3.7	Analisa Data.....	65
3.7.1	Proses Mencari	66
3.7.2	Tahap Menyusun	66

3.7.3	Tahap Analisi Data	66
3.8	Etika Penelitian.....	66
3.8.1	Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responded).....	67
3.8.2	Confidentially(Kerahasiaan)	67
3.8.3	Anonymity(Tanpa Nama).....	67
BAB 4.....		68
HASIL DAN PEMBAHASAN		68
4.1 HASIL		68
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	68
4.1.2	Identitas Umum	69
4.1.3	ANALISA DATA.....	80
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	83
4.1.5	Intervensi Keperawatan	86
4.1.6	Implementasi Keperawatan	91
4.1.7	Evaluasi Keperawatan	94
4.1.8	Catatan Perkembangan	96
4.1.9	Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan	103
4.2 Pembahasan		117
4.2.1	Pengkajian	117
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	128
4.2.3	Intervensi Keperawatan	130
4.2.4	Implementasi Keperawatan	131
4.2.5	Evaluasi	133
BAB 5.....		136
5.1 Kesimpulan		136
5.1.1	Pengkajian	136
5.1.2	Diagnosa.....	136
5.1.3	Intervensi	136
5.1.4	Implementasi	137
5.1.5	Evaluasi	137
5.1.6	Analisa.....	137
5.2 Saran		138
5.2.1	Institusi	138
5.2.2	Bagi lahan penelitian	138
5.2.3	Bagi Penulis.....	138
5.2.4	Bagi Peneliti selanjutnya	138
5.2.5	Bagi Klien	139

DAFTAR PUSTAKA	140
Lampiran 1	142
Lampiran 2	146
Lampiran 3	147
Lampiran 4	148
Lampiran 5	148
Lampiran 6	148

DAFTAR GAMBAR

<u>Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)</u>	21
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor	37
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul	135
Lampiran 2 Informed Consent	137
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	138
Lampiran 4 Surat Perijinan Penelitian dari Rumah Sakit.....	139
Lampiran 5 Surat Perijinan Penelitian dari Kampus	140
Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.....	141

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
AVM	: Malformasi Arteriovenosa
CI	: Clinical Instructure
CRT	: Cathode Ray Tube
CT-Scan	: Computerized Tomografi Scanning
CVA	: Cerebro Vaskuler Accident
DM	: Diabetes Melitus
GCS	: Glasgow Coma Scale
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
MCI	: Mild Cognitive Impairment
MRI	: Magnetizing Imaging Resonance
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Nasogastric Tube
RIND	: Reversible Ischemic Neurogic Difisit
ROM	: Range of Motion
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intrakrania
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: Word Health Organizer
TOAST	: Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatmen

DAFTAR ISTILAH

Aterosklerosis	: Penyempitan dan pengerasan pembuluh darah arteri akibat penumpukan plak di dinding pembuluh darah
Afasia	: Kesulitan dalam bicara
Analgesik	: Sekelompok obat pereda nyeri
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pembekuan darah
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan ke seluruh tubuh
Disartria	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara
Disflagia	: Kesulitan dalam menelan makanan atau cairan
Emboli	: Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat benda asing
Hemiplegi	: Kondisi terjadinya kelumpuhan
Hemoragik	: Pendarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada areatertentu di dalam otak
Hipoksia	: Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh
Iskemik	: Keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh
Mobilisasi	: Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas
Mobilitas	: Gerakan berpindah-pindah atau kesiapan untuk berpindah
Obesitas	: Terjadinya lipatan lemak tubuh yang berlebih
Paralisis	: Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi otot
Perfusi	: Proses darah di oksigenasi mengalir ke paru dan mengalami reoksigenasi
Range of Motion	: Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap
Serebral	: Gangguan yang berhubungan dengan otak
Sirkulasi	: Perputaran atau peredaran
Subarachnoid	: Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung otak
	Stroke/CVA: Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu
Thrombosis	: Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses memberikan pelayanan kepada pasien yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Menurut Mutiarasar (2019) CVA atau yang biasa disebut dengan Stroke merupakan gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri. Menurut Widiani et.al., (2023) CVA adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak, yang dapat terjadi secara tiba-tiba dalam hitungan detik atau cepat dalam beberapa jam, dengan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah yang terkena, hal ini disebabkan oleh terganggunya aliran pembuluh darah di otak. CVA ini ditandai dengan hilangnya sirkulasi suplai darah secara akut pada sebuah area di otak. Dan tidak menutupi jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko CVA dan tidak dapat diubah. Perbedaan jenis kelamin, yaitu laki-laki dan perempuan, diduga menghasilkan keluaran klinis yang berbeda pada pasien CVA. Penyebab lain CVA adalah aterosklerosis, namun aterosklerosis dapat menimbulkan dua jenis gumpalan darah yaitu: trombosis dan emboli. Thrombosis sendiri merupakan pembentukan gumpalan darah disalah satu pembuluh darah arteri yang

memasok darah ke otak. Sedangkan Emboli merupakan pembentukan gumpalan darah di organ lain, misalnya jantung atau arteri besar di leher dan dada, gumpalan darah ini kemudian lepas dan mengalir ke pembuluh darah otak. Kurangnya pengetahuan dan edukasi pada masyarakat tentang CVA menyebabkan tingkat penderita CVA tinggi, cara cepat kita mengenal bahwa seseorang terserang CVA adalah lengan atau tungkai sulit diangkat karena lemas atau mati rasa, salah satu sisi wajah turun akibat otot wajah yang melemah, gangguan bicara atau sulit memahami perkataan orang lain, linglung, pusing dan sakit kepala, gangguan keseimbangan dan gerak tubuh, gangguan penglihatan pada salah satu atau kedua mata.

Menurut World Health Organization (WHO) (2022), setiap tahun terjadi sekitar 13,7 juta kasus stroke baru di seluruh dunia, dengan sekitar 5,5 juta kematian akibat stroke. Sekitar 70% dari kasus stroke dan 87% dari kematian serta disabilitas terkait stroke terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Dedi setiawan, 2022). Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (2020) di Indonesia jumlah penduduk terkena serangan CVA mencapai 500.000 orang dalam setiap tahun, di antaranya 2,5% atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Kasus CVA (Cerebro Vascular Accident) menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan, 2021). Dan data terbaru dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023), prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Penyakit ini menempati peringkat ketiga dalam hal pembiayaan penyakit katastropik (Penyakit yang membutuhkan biaya pengobatan tinggi, perawatan jangka panjang, dan dapat menyebabkan kecacatan atau kematian), setelah penyakit jantung dan kanker (Tarmizi, 2024).

Menurut data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023), prevalensi stroke di Jawa Timur mencapai 9,0 per 1.000 penduduk, yang berarti lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional sebesar 8,3 per 1.000 penduduk (Suryowati, 2024). Menurut data di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada (2023) sebanyak 308 penderita CVA Hemorrhagic dan 932 penderita CVA Infark. Dan pada tahun 2024 mulai Bulan Januari hingga Bulan Maret jumlah kasus CVA Infark di Ruang Unit Stroke sebanyak 113 kasus (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI Pratitis, 2024). Sedangkan pada tahun 2025 mulai bulan februari sampai maret jumlah kasus CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo sebanyak 124 kasus (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2025).

CVA terjadi biasanya diawali dengan kadar kolesterol yang tinggi dalam darah dan juga kandungan lemak yang tinggi. Kandungan lemak yang ada dalam darah akan membentuk (*trombus*) sumbatan atau gumpalan darah dan juga plak – plak dalam pembuluh darah arteri. Gumpalan darah, atau emboli berasal dari pembuluh darah lain di tubuh dan berjalan ke otak yang dapat menyebabkan iskemia. Aliran darah ke otak bisa terganggu oleh lemak sehingga menyebabkan hilangnya pasokan oksigen. Ketika suplai oksigen dan darah terhambat, otomatis oksigen yang diangkut ke otak berkurang sehingga menyebabkan menurunnya sistem kerja otak. Penyumbatan atau plak – plak sebenarnya bisa lepas dan melaju bersama darah, akan tetapi bisa menyumbat lagi pada arteri yang lebih kecil. Kondisi yang demikian akan memicu system saraf otak dalam menerima oksigen dan menjadi tidak berfungsi, pada kondisi ini akan membuat system jaringan otak tidak bekerja akibatnya bagian – bagian tubuh akan mengalami kelumpuhan. Menurut data Kementerian Kesehatan, sekitar 80% masyarakat Indonesia tidak mengetahui gejala CVA sehingga seringkali

penanganan CVA menjadi terlambat. Dapat dilihat perawatan cepat dapat mengurangi kerusakan otak yang akan disebabkan oleh CVA. Jika tidak segera ditangani dengan benar, penyakit yang dialami akan semakin berat dalam penanganannya dan kerusakan otak yang berkepanjangan, kecacatan jangka panjang, atau bahkan kematian.

Pengobatan CVA bertujuan untuk memulihkan aliran darah ke otak yang tersumbat dengan cepat, menurunkan angka kematian, dan mencegah penyumbatan baru dan kambuhnya CVA. Penanganan pasien CVA dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu terapi obat dan terapi non obat. Secara non farmakologi, hal ini dapat dicapai dengan menjaga gaya hidup, berhenti merokok, dan menghindari alkohol. Penderita CVA biasanya dapat mengalami suatu kondisi yaitu kesulitan saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam mempercepat penyembuhan CVA, terapi yang dapat diberikan pada pasien yaitu latihan ROM dan terapi music. Latihan gerakan sendi atau ROM (*Range Of Motion*) merupakan salah satu program untuk meningkatkan fungsi pasien CVA. ROM adalah latihan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan untuk menggerakkan sendi secara alami untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot dan stimulasi karena semakin banyak unit motorik yang terlibat, semakin banyak otot kekuatan juga akan meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien pasca CVA. Sedangkan terapi music, menurut Faradisi (2012) terbukti dapat menurunkan rasa nyeri dan dapat membuat perasaan pasien rileks, dapat meningkatkan mobilitas sendiri sehingga mencegah terjadinya berbagai komplikasi seperti yang telah dipaparkan sebelumnya dan menilai sejauh mana latihan ini memberikan dampak pada kemampuan fungsional yang terkait erat dengan

kekuatan otot pada pasien CVA yang dirawat di rumah sakit. Rangsangan music dapat mengaktifasi jalur spesifik didalam area otak, seperti sistem limbik yang berhubungan dengan perilaku emosional. Dengan mendengarkan musik, sistem limbik akan teraktivasi dan individu menjadi rileks. Saat keadaan rileks cemas menurun. Melalui musik, seseorang dapat menemukan harmoni internal. Dengan adanya harmoni di dalam diri akan memudahkan seseorang mengatasi kecemasan, ketegangan, rasa sakit, dan berbagai gangguan atau gejala emosi negatif yang dialaminya. Jika mendengar musik yang baik/positif maka hormon yang meningkatkan imunitas tubuh juga akan berproduksi menghasilkan hormon beta-endorfin. Untuk pengobatan secara farmakologi, dapat dilakukan dengan pemberian obat – obat fibrinolitik, antiplatelet, antikoagulan, antihipertensi, antineuroprotektif dan antikolesterol. Penderita CVA di rumah sakit pasti akan membutuhkan peran seorang perawat dalam membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan *Activity Daily Living*. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*) dalam melaksakannya harus tepat sesuai kebutuhan pasien. Menurut Irish Heart Foundation (2015), peran perawat pada pasien CVA terutama dalam pemenuhan ADL pasien terbagi menjadi tiga yaitu mengkaji, membantu dan memberikan edukasi. Peran perawat dalam mengkaji adalah mengkaji kebutuhan ADL pasien CVA, yang bertujuan untuk mengetahui perkembangan keadaan pasien, sehingga dapat untuk menentukan rencana tindak lanjut yang sesuai dengan keadaan pasien. Menurut Potter (2010) peran perawat dalam membantu, yaitu membantu memenuhi kebutuhan ADL pasien CVA, sehingga pasien dapat lebih mudah dalam melakukan ADL, dan peran ketiga sebagai edukator, dimana perawat turut serta mengajarkan kepada keluarga cara merawat dan membantu ADL pasien CVA sehingga keluarga

dapat membantu ADL pasien CVA dan dapat melatih kemandirian pasien CVA dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti hygiene, makan dan minum, toileting, berhias, mobilisasi, berganti pakaian. Penulis menilai bahwa kasus CVA perlu untuk segera ditangani untuk mencegah kecacatan bahkan kematian, oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dan memberikan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA di RUANG UNIT STROKE RSUD Dr. SOEDOMO TRENGGALEK”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah yang ingin dibatasi oleh penulis yang disebabkan masalah yang terlalu luas atau lebar yang bisa mengakibatkan penelitian itu tidak bisa fokus.

Masalah pada penelitian ini dibatasi oleh pengambilan kasus dengan diagnose CVA *Infark* yang mengalami penurunan kesadaran tanpa penyakit penyerta lain dengan lama hari rawatnya 3 hari yang membutuhkan Asuhan Keperawatan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Menurut Sosial et.al., (2016) rumusan masalah adalah suatu pertanyaan penelitian yang umumnya disusun dalam bentuk kalimat tanya. Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan pernyataan masalah sebagai berikut :

“Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Masalah

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek,
- 2) Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek,
- 3) Mengidentifikasi rencana tindakan keperawatan pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek,
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek,
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek,
- 6) Melakukan Analisa antara fakta dan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari penelitian ini yaitu dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang Asuhan Keperawatan khususnya pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

2) Bagi Tenaga Kesehatan

Rumah Sakit sebagai pertimbangan perawat dalam merencanakan tindakan keperawatan sehingga perawat mampu memberikan tindakan yang tepat pada pasien dan sebagai bahan masukan dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang komprehensif pada pasien CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3) Bagi Penulis

Menambah informasi dan pengetahuan penulis tentang masalah keperawatan CVA *Infark* dan bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan jika suatu saat di rumah sakit menemui pasien dengan penyakit yang sama.

4) Bagi Peneliti Selanjutnya

Selanjutnya dari hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk melakukan penelitian sejenis dan lebih lanjut dalam bidang yang sama.

5) Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga termotivasi dan dapat mengaplikasikan informasi. Pada pasien yang mengalami kelemahan segera melakukan

terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif dan sering memeriksa diri ke Puskesmas terdekat atau ke Rumah Sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit CVA

2.1.1 Definisi

CVA adalah penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Gangguan saraf maupun kelumpuhan yang terjadi tergantung pada bagian otak mana yang terkena. Penyakit ini dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian (Hisni, *et al.*, 2022).

CVA adalah CVA yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak sehingga oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel-sel jaringan otak.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi TOAST terbagi dalam 5 kategori sebagai berikut:

1) Aterosklerosis Arteri Besar

Aterosklerosis arteri besar meliputi intrakranial dan ekstrakranial. Aterosklerosis paling sering terjadi pada bifurkasi arteri karotis komunis menjadi arteri karotis eksterna dan interna. Selain itu bisa juga terjadi pada arkus aorta, arteri subclavia proksimal, arteri vertebralis, dan arteri serebri media. Secara umum, aterosklerosis arteri besar bertanggungjawab pada 30% kejadian CVA. Pola aterosklerosis ini berbeda antarpopulasi.

Aterosklerosis intrakranial lebih banyak dijumpai pada populasi Asia dan Afrika-Amerika. Bahkan, pada populasi Cina dan Jepang kejadiannya mencapai 50 % dari kasus CVA iskemik.

2) Emboli Kardiogenik

Emboli kardiogenik menjadi penyebab 25-35% dari keseluruhan CVA. Sumber kardiomeboli yang sering dijumpai adalah fibrilasi, endokarditis infeksi, penyakit katup jantung, infark miokard akut, kardiomiopati, tumor intrakardiak, dan stenosis mitral.

3) Oklusi Pembuluh darah Kecil

Penyebab terjadinya oklusi pembuluh darah kecil adalah perubahan lipohialonitik pada dinding pembuluh darah, yang juga merupakan efek sekunder hipertensi. Sebab lain adalah peningkatan pembentukan mikroateroma. Oklusi pembuluh darah kecil dikenal menyebabkan infark lakunar, sering terjadi di ganglia basalis, thalamus, kapsula interna, korona radiata, dan batang otak. Prevalensi infark lakunar sekitar 18% dari keseluruhan CVA iskemik.

4) CVA Karena Sebab yang jarang

Penyebab CVA yang jarang meliputi vaskulopati non-aterosklerosis, gangguan hiperkoagulasi, gangguan hematologi, dan penyebab lain yang jarang. Pasien harus memiliki bukti adanya infark pada CT scan / MRI. Pemeriksaan

darah atau arteriografi perlu dilakukan untuk untuk menyingkirkan kausa yang lain.

5) CVA karena pathogenesis lain yang belum diketahui

Menurut Mianoki (2021) pada kategori ini kausa CVA belum dapat ditegakkan dengan pasti, bahkan setelah pemeriksaan penunjang dilakukan. Termasuk dalam kategori ini adalah pasien yang memiliki dua atau lebih etiologi CVA sehingga klinisi belum dapat memastikan diagnosis akhir.

2.1.3 Etiologi

Menurut Isana (2021) sebagian besar CVA terjadi akibat kombinasi faktor penyebab medis misalnya, peningkatan tekanan darah dan faktor penyebab perilaku misalnya merokok. Berdasarkan penyebabnya, ada dua jenis CVA, yaitu:

1) CVA Infark/ Non Hemoragik

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

- a) Menurut Isana (2021) CVA Trombotik: merupakan jenis CVA akibat penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak akibat adanya thrombus, maupun aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah, oksigen, dan energi menuju ke otak berkurang atau terhenti yang dapat menyebabkan kematian

jaringan pada otak.

Penyebab CVA trombotik antara lain :

1. Arteriosklerosis merupakan penyumbatan yang disebabkan penumpukan plak, lemak dan kolesterol di dalam pembuluh darah di dinding pembuluh darah (endotel).
 2. Trombus, merupakan penyumbatan yang diakibatkan oleh bekuan darah yang menempel di dinding pembuluh darah.
 3. Embolus, merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh benda asing maupun semacamnya yang tersangkut pada sirkulasi darah khususnya pembuluh darah di otak.
 4. Obat-obatan, beberapa obat dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah (example: antidepresan, antiparkinson, dekongestan dll.)
 5. Gaya hidup, seperti merokok dapat menyebabkan elastisitas pembuluh darah menjadi berkurang
 6. Psikologis, stres dapat menyebabkan sistem peredaran darah di dalam tubuh menjadi tidak normal yang dapat di tambah oleh faktor penyumbatan darah.
 7. Hipotermia, kedinginan dapat menyebabkan menggigil sehingga merangsang aktivitas otot yang menghasilkan panas tubuh yang kemudian dapat menyebabkan penyempitan.
- b) CVA Emboli: adalah jenis stroke akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak seperti bekuan lemak, udara dan darah. Trombus yang terlepas dari jantung dan tersumbat pada sistem

arteri disebut emboli.

Penyebab stroke emboli:

1. Katup-katup jantung rusak
2. Fibrilasi atrium, dapat menimbulkan embolus- embolus kecil yang terjadi akibat adanya pengosong ventrikel pada darah yang awalnya terbentuk dari gumpalan-gumpalan kecil.
3. Endokarditis, terjadi dikarenakan adanya infeksi dari berbagai macam bakteri atau non bakteri yang menyebabkan terbentuknya suatu gumpalan- gumpalan di endocardium.
4. Penyakit jantung tanpa aritmis/thrombus murni (stenosis mitral, miokarditis, dan sebagainya)
5. Komplikasi pembedahan jantung

2) CVA Hemoragik

CVA hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah. Stroke hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid (Wijaya, 2017).

- a. Intracerebral Hemorrhage (ICH): perdarahan intracerebral merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak, akibat robekan pembuluh darah di dalam jaringan otak. (Mutaqqin. 2019) Penyebab Intracerebral Hemorrhage yaitu hipertensi,

trauma kepala akibat kecelakaan, depresi tulang tengkorak akibat fraktur, cedera penetrasi peluru, malformasi arteri venosa, aneurisma.

- b. Subarachnoid Hemorrhage (SAH) adalah perdarahan yang terjadi di ruang subarachnoid di antara berada di lapisan pelindung otak atau meningen, akibat pecahnya atau rusaknya pembuluh darah (Harsono, 2016).

2.1.4 Faktor Resiko

1) Factor resiko CVA iskemik :

a. Usia

Pada umumnya risiko terjadinya CVA mulai usia 35 tahun dan akan meningkat dua kali dalam decade berikutnya. CVA ditemukan pada semua golongan usia, namun Sebagian besar akan dijumpai pada usia diatas 55 tahun. Maka dari itu, diketahui bahwa usia semakin tua semakin besar pula risiko terkena CVA. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang – orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena adanya plak.

b. Jenis kelamin

Laki – laki lebih cenderung untuk terkena CVA lebih tinggi dibandingkan Wanita, dengan perbandingan 3:1, kecuali pada usia lanjut laki – laki dan Wanita hamper tidak berbeda. Laki – laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena CVA 25%, sedangkan risiko bagi wanita

hanya 20%. Pada laki – laki cenderung terkena CVA sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarachnoid dan kematiannya 2 kali lebih tinggi dibandingkan laki – laki.

c. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan CVA atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian CVA dapat menjadi factor risiko untuk terserang CVA juga. Hal ini disebabkan oleh banyak factor, diantaranya factor genetic, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi genetic dan pengaruh lingkungan.

2) Factor resiko CVA hemoragik

Suatu gangguan peredaran darah otak yang di tandai dengan adanya perdarahan intra serebral atau perdarahan subarachnoid. Tanda yang terjadi adalah penurunan kesadaran, pernafasan cepat, nadi cepat, gejala fokal berupa hemiplegi, pupil mengecil, kaku kuduk.

CVA hemoragik, yang merupakan sekitar 15% - 20% dari semua CVA, dapat terjadi apabila lesi vascular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Beberapa penyebab perdarahan Intraserebrum: perdarahan intraserebrum hipertensif; perdarahan subarachnoid (PSA) pada *rupture aneurisma sakular* (Berry), *rupture malformasi arteriovenal* (MAV), trauma, penyalahgunaan kokain, amfetamin, perdarahan

akibat tumor otak, infark hemoragik, penyakit perdarahan sistemik termasuk terapi antikoagulan (Arisianti, 2022)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi CVA antara lain:

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan anggota badan sebelah (hemipareis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di area korteks bagian frontal. Kerusakan ini bersifat kontralateral yang artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan control volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

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

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

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

4) Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adaklah bahasa dan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

a. Afasia (kesulitan dalam bicara)

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

b. Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

c. Gangguan pada area mata

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat seral saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf okulomotoris, troklearis, dan abduksen (saraf cranial III, IV, dan VI).

d. Disfagia

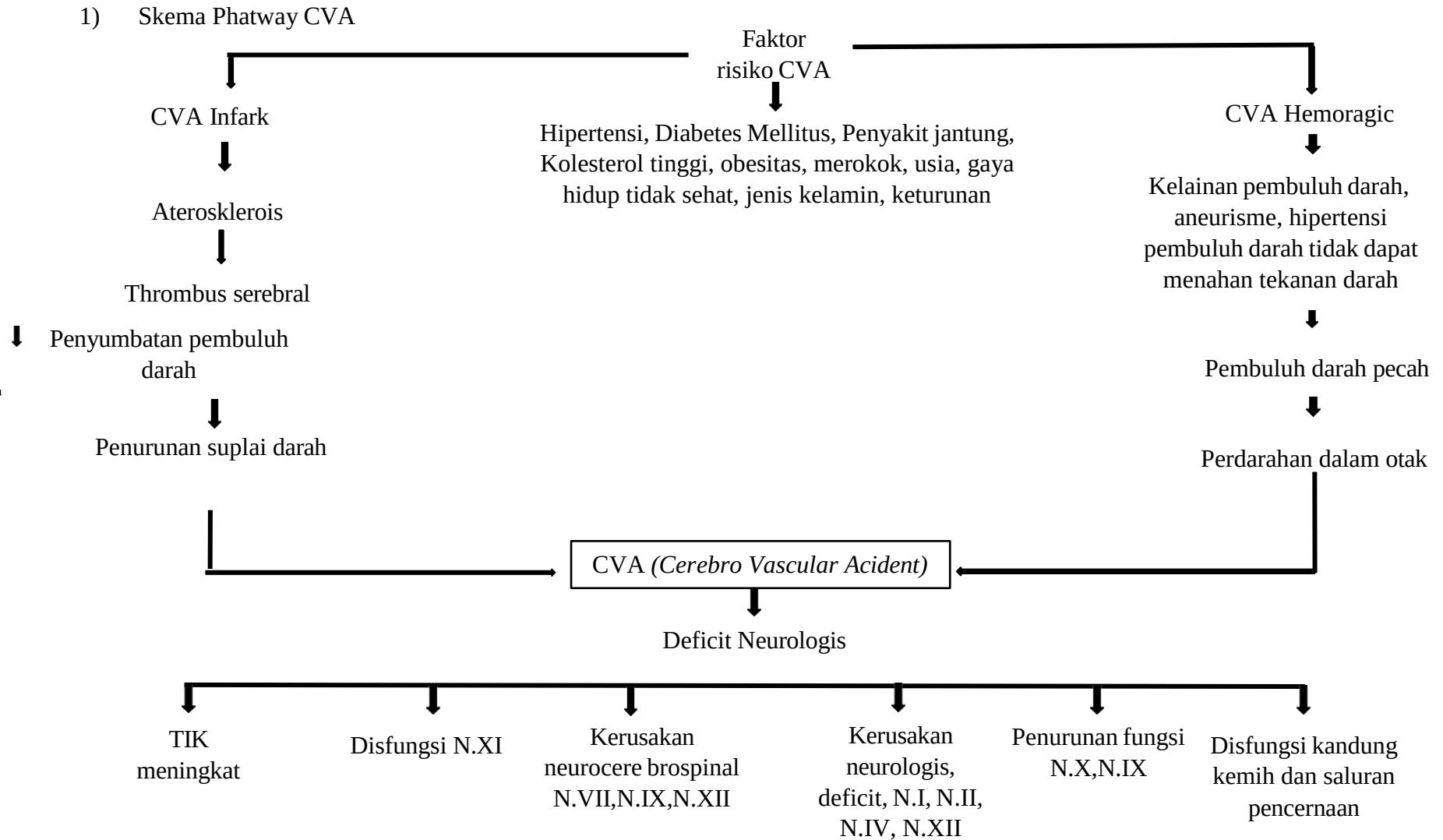
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan saraf krania IX (glossofaringeus). Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

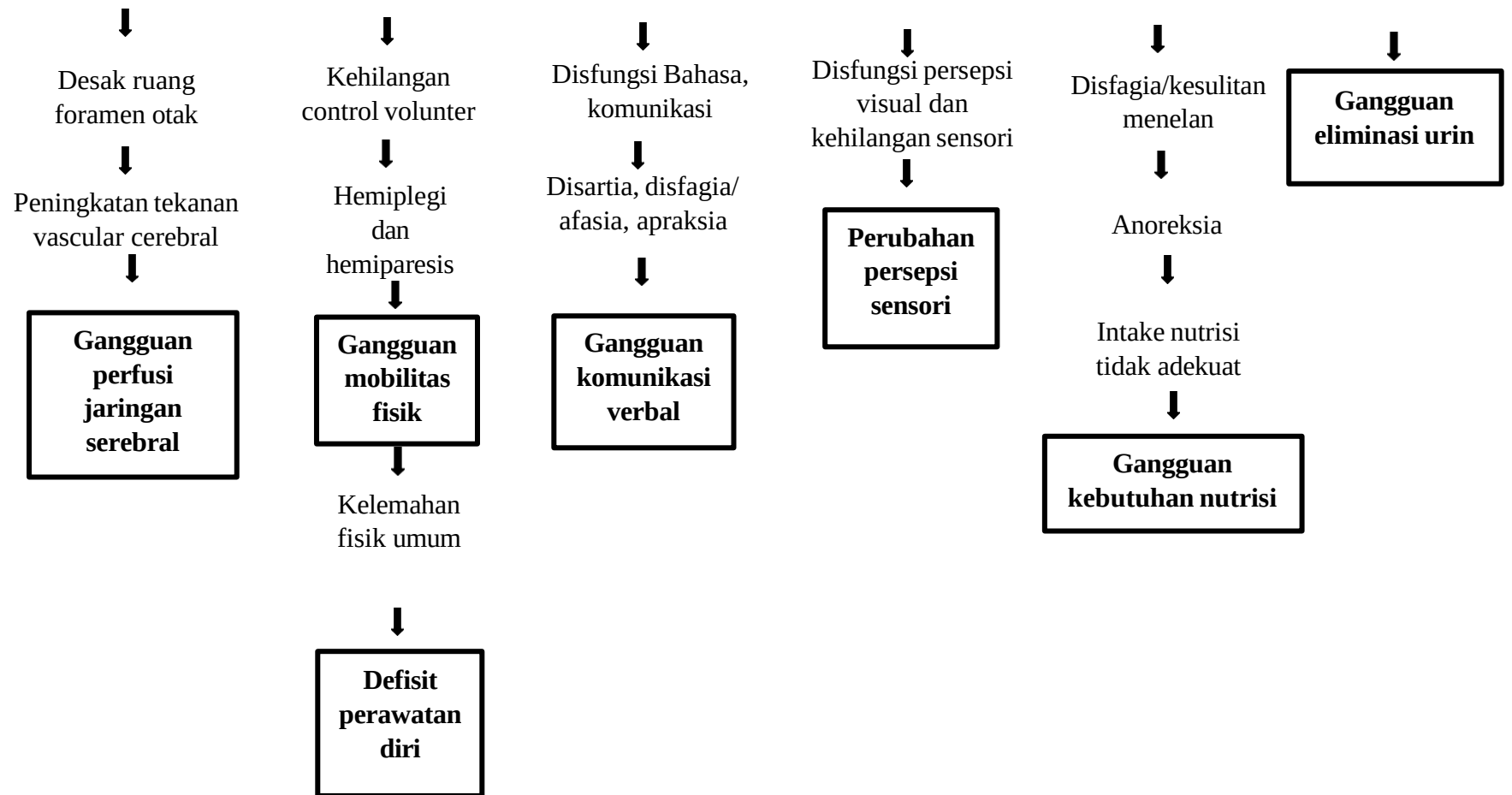
e. Inkontinensia

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

- f. Vertigo, muntah dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri

2.1.6 Bagan Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA, 2016)

2.1.7 Patofisiologi

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragik. 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. Disfungsi N.XI pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada

wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan **Gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **Defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kerusakan pada neurocere brospinal N.VII,N.IX,N.XII terjadi 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 pada N.I, N.II, N.IV, N.XII juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **Gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas Klien mengalami penurunan fungsi pada N.X, N.IX akibatnya kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **Gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah **Gangguan eliminasi urine**.

2.1.8 Komplikasi

Penyakit CVA adalah suatu penyakit yang akan menyebabkan gangguan fisik pada penderitanya, berikut adalah beberapa penyakit atau beberapa komplikasi yang akan timbul pada beberapa pasien dengan CVA yaitu:

- a) Depresi, ini merupakan dampak yang paling sering ditemukan pada penderita CVA. Tingkat depresi pada pasien CVA tinggi oleh gejala yang dirasakan seperti kelumpuhan yang mengakibatkan menurunnya aktivitas sehari – hari, dan seperti kesulitan dalam berbicara sehingga susah untuk mengungkapkan perasaan.
- b) Darah membeku, perdarahan dapat membeku dapat mudah tumbuh pada daerah yang mengalami kelumpuhan sehingga mengakibatkan bengkak, selain itu darah beku pada perdarahan juga dapat terjadi pada arteri sehingga menyebabkan kesulitan bernafas bila terdapat sumbatan pembuluh darah yang menuju ke paru – paru.
- c) Infeksi, pada pasien CVA yang tidak dapat melakukan mobilisasi dapat mengalami luka pada tubuhnya. Hal ini terjadi bila pada bagian tubuh yang lumpuh tidak digerakkan akan mengalami luka (decubitus).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan darah lengkap

Darah yang diperiksa antara lain jumlah sel darah merah, sel darah putih, leukosit, trombosit, dan lain – lain.

2) Angiografi serebri

Adalah proses dengan menggunakan sinar-X terhadap sirkulasi serebri setelah zat kontras disuntikkan ke dalam arteri yang dipilih. Juga digunakan untuk menyelidiki penyakit vascular, aneurisma dan malformasi arteriovenal dilakukan sebelum klien menjalani kraniotomi sehingga arteri dan vena serebri terlihat dan untuk menentukan letak, ukuran dan proses patologis. Angiografi

serebri merupakan pilihan terakhir bila dengan pemeriksaan CT scan dan MRI diagnosis masih belum bisa ditentukan.

3) Magnetic Imaging Resonance (MRI)

MRI mampu mendeteksi berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak yang sangat kecil yang tak mungkin dijangkau CT scan. Juga dapat menentukan daerah – daerah mana saja yang rusak oleh CVA iskemik.

4) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)

5) CT-Scan

CT Scan memanfaatkan sinar-X untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-X diserap secara berbeda- beda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ nanti akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak (Wasena, 2019).

2.1.10 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan umum

a. Pada fase akut

1. Terapi cairan
2. Terapi oksigen
3. Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial dengan pemberian mannitol, control atau pengendalian tekanan darah.
4. Monitor fungsi pernafasan (Analisa gas darah)
5. Monitor jantung dan tanda – tanda vital, pemeriksaan EKG

6. Evaluasi status cairan dan elektrolit
7. Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
8. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
9. Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan, dan monitor tanda – tanda neurologi seperti kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflex.

b. Fase rehabilitas

1. Pertahankan nutrisi yang adekuat
2. Program manajemen bladder dan bowel
3. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
4. Pertahankan integrasi kulit
5. Pertahankan komunikasi yang efektif
6. Pemenuhan kebutuhan sehari – hari
7. Pesiapan pasien pulang

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo – peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut

3) Terapi obat – obatan

Terapi pengobatan pada CVA :

- a. Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinant tissue-plasminogen*)
- b. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmi jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.
- c. Terapi antiplatelet
- d. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian data

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Hasil dari pengkajian adalah terkumpulnya data, sehingga proses ini sangat penting dalam terkumpulnya data, sehingga proses ini sangat penting dalam akurasi data yang dikumpulkan. Data yang terkumpulkan meliputi : Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (test diagnostic, laboratorium).

1) Riwayat kesehatan

Beberapa hal yang harus dikaji dalam Riwayat kesehatan pada gangguan system persarafan diantaranya adalah data umum pasien, keluhan utama pasien, Riwayat penyakit yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

2) Data umum pasien

Data umum pasien yang perlu dikaji :

- a. Data demografi meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat rumah.

- b. Pekerjaan : jelaskan aktivitas sehari-hari pasien, jenis pekerjaan
- c. Lingkungan : apakah terdapat pencemaran lingkungan seperti bahan kimia, listrik, polusi udara.
- d. Tingkat intelektual : Riwayat Pendidikan, pola komunikasi
- e. Status emosi : Ekspresi wajah, perasaan tentang dirinya, keluarga pemberi pelayanan kesehatan, penerimaan stress dan coping mekanisme
- f. Riwayat pengobatan : obat-obatan yang pernah diberikan (nama, penggunaan, dosis, berapa lama), keadaan setelah pengobatan, alergi obat dan makanan. Kebiasaan minum alkohol, obat-obatan, rokok.
- g. Pelayanan kesehatan : puskesmas, klinik, dokter praktek

3) Keluhan utama

- a. Trauma : urutan kejadian, waktu kejadian, siapa yang menangani, pengobatan yang diberikan, keadaan trauma.
- b. Infeksi akut : kejadian, tanda dan gejala kejang, tempat infeksi, sumber infeksi, penanganan yang sudah diberikan dan responnya.
- c. Kejang : urutan kejadian, karakter dari gejala kejang, kemungkinan factor pencetus, Riwayat kejang, penggunaan obat kejang.
- d. Nyeri : lokasi, kualitas, intensitas, lamanya, menetap atau tidak penanganan sebelumnya.
- e. Gaya berjalan : seimbang, kaki diseret, gangguan aktivitas
- f. Vertigo : kejadian, factor pencetus, mual dan muntah, tinnitus, perubahan kognitif, perubahan penglihatan, nyeri dada.
- g. Kelemahan : kejadian, lamanya, reflek menelan, adakah batuk,

bagaimana jika menelan air atau lebih padat.

4) Riwayat kesehatan yang lalu

- a. Apakah ada trauma : kepala, tulang belakang, spinal cord, trauma lahir, trauma saraf
- b. Apakah ada kelainan kongenital, deformitas/kecacatan
- c. Adakah penyakit CVA
- d. Adakah gangguan kardiovaskuler : hipertensi, aneurisma, disritmia, pembedahan jantung, tromboemboli
- e. Adakah ensefalitis dan meningitis

5) Riwayat keluarga

Epilepsy dan kejang, nyeri kepala, retardasi mental, CVA, gangguan psikiatri, penggunaan alkohol, rokok dan obat – obatan terlarang, penyakit keturunan : DM, muscular distropi.

6) Riwayat psikososial dan spiritual

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. Dalam tata nilai dan kepercayaan, Klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

7) Pola – pola fungsi kesehatan

- a. Pola pemenuhan nutrisi

Pada Kliendengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.

b. Pola eliminasi

Pada Kliendengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) dan bising usus negatif (ileus paralitik).

c. Pola aktivitas dan latihan

Pada Kliendengan CVA adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) dan merasa mudah lelah.

d. Pola tidur dan istirahat

Biasanya Klienmengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

e. Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena Klienmengalami kesukaran untuk berkortumikasi akibat gangguan bicara.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Klienmerasa tidak berdaya, perasaan putus ada, emosi yang labil dan kesulitan mengekspresikan diri.

g. Pola sensori dan kognitif

Pada pola *sensori* Klienmengalami gangguan penglihatan kekabutan

parslangan, perabotan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

h. Pola reproduksi/ seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine.

i. Pola penanggungan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi, merasa tidak berdaya dan perasaan putus asa.

j. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan Klien CVA biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cadel/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

a. Kepala : bentuk kepala *normocephalik*

b. Muka : Umumnya pada muka tidak simetris, (ketidaksimetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh pada *nervus facialis*)

c. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).

- d. Hidung: Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- e. Telinga: Biasanya pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga).
- f. Mulut : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.
- g. Pemeriksaan paru-paru
 1. Inspeksi : Sering kali pada pasien CVA didapatkan pasico batuk, peningkatan reproduksi sputum, sesak napas. penggunaan otot banta nafas, dan peningkatan frekuensi nafas. Pada Kliendengan tingkat kesadaran *Composmentis* tidak ada kelainan.
 2. Palpasi : Didapatican taktil vrementus seimbang kanan dan kiri.
 3. Perkusi : Didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri
 4. Auskultasi : Pada Kliendengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada, Kliendengan pentunanan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas, tambahan sepeti ronkhi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat.
- h. Pemeriksaan jantung
 1. Inspeksi: *lctus cordis* tidak nampak
 2. Palpasi: Terba *ictus cordis* pada ICS V *linea midclavicularis sinistra*

3. Perkusi: Suara jantung pekak
Au

4. skultasi : Irama jantung ireguler, terdengar suara jantung I dan II,
murmur atau gallop.

i. Abdomen

1. Inspeksi : Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma).
2. Auskultasi Terjadi penurunan *peristaltic* (normalnya 5-35x/menit)
3. Palpasi : Teraba massa karena konstipasi, nyeri tekan tidak ada.
4. Perkusi : Suara thympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung.

j. Pemeriksaan genetalia dan anus

Pada Kliendengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) dan bising usus negatif (ileus paralitik).

k. Pemeriksaan Integument

1. Kulit: jika Klienkekurangan 02 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik).
Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena KlienCVA harus bed rest.
2. Kuku: perlu dilihat adanya *clubbing finger*, cyanosis.

l. Pemeriksaan muskulokeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendir, sering didapatkan kelumpuhan pada salad satu sisi tubuh.

m. Pemeriksaan reflek

1. Reflek fisiologis seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella,

Achilles.

2. Reflek patologis seperti reflek plantar (Babinski) dan chaddock mengalami abnormalitas pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan.

Pada fase akut, reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis.

n. Pemeriksaan neurologi

1. Saraf Kranial 1 *Olfaktorius*: Biasanya pada Klien CVA tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf Kranial 2 *Optikus*: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.
3. Nervus 3 *Okulomotorius*: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
4. Nervus 4 *Troklearis*: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
5. Nervus 5 *Trigeminus*: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan *nervus trigeminus* yang paling nyata adalah *neuralgia trigeminal* atau *sic douloureux* yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari *nervus trigeminus*.
6. Nervus 6 *Abdusen*: Kelainan pada paralisis nervus abdusen

menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot *oblikus inferior*.

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

Kelainan pada nervus *assesorius* dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot *trapezius* dan otot *sterokleidomastoideus* terganggu.

11. Nervus 12 *Hipoglossus*: Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

o. Pemeriksaan penunjang

1. Hasil rontgen kepala dan medula spinalis
2. *Electo Encephalogram*
3. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI): untuk menunjukkan area yang mengalami hemoragik.
4. Lumbal fungsi
5. Pemeriksaan foto thorak: dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda *hipertensikronis* pada penderita CVA.
6. Pemeriksaan kimia darah pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan

kemudian berangsur-angsur turan kembali.

2.2.2 Analisa data

Menurut Mahyar (2011) analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan kousep, reon dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnose keperawatan.

2.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitianklinis mengenai respon Klienterhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada Klien CVA menurut (SDKI, 2017) :

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

Subjektif	Objektif
1. Klien mengatakan nyeri kepala	2. Gangguan status mental, penurunan kesadaran, perubahan tanda vital, penurunan fungsi memori, perubahan perilaku, perubahan respon motorik, kelemahan atau paralisis.

- 2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atu menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

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

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi / mengenakanpakaian / makan/ ke toilet / berhiassecara mandiri
	2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.4 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

Kondisi Klinis :

- a) Stroke, parkinson, mobius Syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, amyotrophic lateral sclerosis, kerusakan neuromuskular, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit Crohn's, enterokolitis, fibrosis kistik.

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 trakheostomi, 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 (ketidak cukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidak sesuaian budaya, bahasa asing).

Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara ataumendengar
	Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.6 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)Penyebab :

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

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.8 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) 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

Tabel 2.9 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	

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) tidakbugaran fisik d) Penurunan kendali otot
- p. Penurunan masa otot
 - e) Penurunan kekuatan otot
 - f) Keterlambatan perkembangan
 - g) Kekakuan sendi

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

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

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

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakankeperawatan yang akan

dilakukan pada klien. Rencana keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Manurung, 2011). Kriteria hasil menurut (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019) dan Intervensi keperawatan menurut (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia),

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.00017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1) Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. 2) Tanda-tanda vital stabil. 3) Peningkatan TIK tidak ada 4) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	1. Bina hubunga saling percaya 2. Kaji status neurologic (TIK) 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5. Kaji reflek kornea dan gag 6. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 10. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi 11. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 12. Pertahankan suhu normal	1. Agar klien percaya dengan tindakan yang diberikan 2. Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 3. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4. Mengetahui fungsi N II dan III 5. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan batang otak 6. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 7. Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak 8. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung

-
- | | |
|---|--|
| 13. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang | 9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali |
| 14. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin | 10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak |
| 15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik | 11. Dapat meningkatkan tekanan intracranial |
| 16. Monitor AGD, PaCO ₂ antara 35-45mmHg dan PaO ₂ >80 mmHg | 12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK |
| 17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping | 13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dari keadaan kejang. |
| 18. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic | 14. Menimbulkan stimulus sehingga menurunkan TIK |
| | 15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK |
| | 16. Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak |
| | 17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting |
-

18. Pasien stroke perlu
pemeriksaan lanjutan
untuk menen

2. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri	Observasi :
	Kriteria hasil:	1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
	1) Klien menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri	2) Monitor tingkat kemandirian
	2) Klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	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) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
		7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi :
		8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsistensi 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

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

4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal 2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar 3. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2. Pertahankan kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7. Konsultasikan dengan terapis wicara	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4. Memudahkan penerimaan pasien 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien 7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus
--	--	---	--

5.	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Klien mampu mempertahankan 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 hari ini 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis.
----	--	---	---

mendengarkan musik,
melakukan aktivitas dan
teknik relaksasi)

- 9) Ajarkan cara
meminimalisasi
stimulus

Kolaborasi :

- 10) Kolaborasi
dalam meminimalkan
prosedur/tindakan

- 11) Kolaborasi
pemberiaan
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 4) Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik : 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan 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 :	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna urin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran kemih
----	--	---	---	--

-
- 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

7. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop 2) Mempertahankan kekuatan/ fungsi tubuh secara optimal 3) Mendemonstrasikan teknik/ perilaku melakukan aktivitas 4) Mempertahankan integritas kulit 5) Kebutuhan ADL terpenuhi	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 3x sehari bila mungkin 3. Bila Klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4. Kaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8. Kolaborasi stimulasi elektrik	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 3. Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan 4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 5. Membantu mencegah kerusakan kulit
---	--	--	--

	9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	6. Membantu memperlancar sirkulasi darah
		7. Mengembangkan program khusus
		8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter
		9. Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi adalah tahap melakukan rencana yang telah dibuat pada pasien. Adapun kegiatan yang ada dalam tahap implementasi meliputi : pengkajian ulang, memperbaharui data dasar, meninjau dan merevisi rencana asuhan yang telah dibuat, dan melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan.

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terancang tentang kesehatan pasien, dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkelanjutan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Suparyanto, 2013). Hasil yang diharapkan pada evaluasi pasien CVA non hemoragik meliputi :

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 - a. Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 - b. Berpartisipasi dalam program latihan
 - M
 - c. mencapai keseimbangan saat duduk
 - P
 - d. penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
 - Da
- 2) dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat,
- 3) Adanya peningkatan komunikasi
 - a. Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme coping
 - b. Tidak terjadi komplikasi

- 4) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk pasien
- 5) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, Yaitu :
 - S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien
 - O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan
 - A : Analisis dan diagnose
 - P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.

2.2.7 Dokumentasi

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Pengisian dokumentasi keperawatan yang tidak memenuhi standar dapat berakibat pada terjadinya kesalahan diagnosa dan pemberian tindakan yang tidak tepat kepada pasien. Selain itu dokumentasi keperawatan merupakan bukti hukum yang dapat dipergunakan untuk mendukung perawat ketika menghadapi permasalahan hukum. Pendokumentasian berguna bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab, dan tanggung gugat perawat, sumber data dan sebagai sarana penulisan. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penulisan, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, Uji Keabsahan data dan analisa data.

3.1 Desain Penelitian

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

Studi kasus atau case studi adalah bagian dari metode kualitatif yang mendalami suatu kasus tertentu secara lebih mendalam dengan melibatkan pengumpulan beraneka sumber informasi. Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif kualitatif yang proses pengumpulan datanya meliputi wawancara, observasi secara langsung, dan kajian dokumentasi. Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien CVA secara komprehensif dan menyeluruh, serta mengevaluasi masalah asuhan keperawatan CVA.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan penyajian variable, istilah, konsep-konsep yang terkait dengan variable yang diteliti. Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan Keperawatan Klien CVA. Asuhan keperawatan merupakan proses didalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada Klien untuk memenuhi kebutuhan secara langsung kepada Klien untuk memenuhi kebutuhan secara holistic sehingga mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan berdasarkan ilmu-ilmu keperawatan.

Asuhan keperawatan pada Klien CVA meliputi pengkajian diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Masalah pada penelitian ini dibatasi oleh pengambilan kasus dengan diagnose CVA *Infark* yang mengalami penurunan kesadaran tanpa penyakit penyerta lain dengan lama hari rawatnya 3 hari yang membutuhkan Asuhan Keperawatan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah Klien yang mengalami CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. Partisipan yang digunakan adalah Tn. R dengan lama hari rawatnya 3 hari dengan kriteria :

- 1). Klien dan keluarga bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan,
- 2). Klien mengalami penurunan kesadaran
- 3). Tanpa penyakit penyerta lainnya,
- 4). Klien bisa laki-laki atau Perempuan,
- 5). Tidak ada batasan umur.

3.4 Lokasi dan Waktu Penulisan

3.4.1 Lokasi

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data/kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 Maret – 13 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Jenis instrument dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan atau check list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat yaitu nursing kit, pemeriksaan laboratorium atau dokumen relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

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

3.5.3 Prosedur Pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data menurut (Suryono, 2013) meliputi empat tahap yaitu:

1) Tahap persiapan

a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang diterbitkan pada tanggal 18 Februari 2025 dengan nomor SK : **DP.04.03/F.XIII.15.5/51/2025**

b) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, surat persetujuan melakukan penelitian diterbitkan pada tanggal 04 Maret 2025 dengan nomor SK : **000.9/66/406.010.001/18.00/2025.**

c) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, penulis bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Penulis membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi nyaman, tenang, dan mempermudah

partisipasi yaitu di bed partisipan. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti datang ketempat partisipan yang bersedia menandatangani informed consent serta melihat kesiapan responden melakukan pengkajian. Pengkajian dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan pengkajian sesuai dengan 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 pengkajian diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana Tindakan, melakukan Tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Peneliti datang ketempat partisipan yang bersedia menandatangani informed consent serta melihat kesiapan responden melakukan pengkajian. Pengkajian dimulai dengan membangun hubungan saling percaya

dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan pengkajian sesuai dengan 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 pengkajian diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana Tindakan, melakukan Tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

4) Tahap Penutup

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

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility), Keteralihan (Transferability), Kebergantungan

(Dependability) dan Kepastian (Confirmability).

3.6.1 Credibility(Kepercayaan)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh penulis agar hasil penelitian yang dilakukan tidak meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Transferability(Keteralihan)

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

3.6.3 Dependability(Kebergantungan)

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

3.6.4 Confirmability(Kepastian)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing satu, dua dan mahasiswa, ujian Karya Tulis ilmiah untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisa data adalah rangkaian kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematisasi, penafsiran dan verifikasi data agar sebuah fenomena memiliki nilai sosial, akademis dan ilmiah (Siyoto & Sodik, 2015). Prinsip analisis studi kasus merupakan jenis penelitian kualitatif yang diawali dengan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan.

Penulis dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada Kliendengan diagnose medis CVA di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis. Penjelasan tahapan analisis data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.7.1 Proses Mencari

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

3.7.2 Tahap Menyusun

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

3.7.3 Tahap Analisi Data

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

3.8 Etika Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip

menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut :

3.8.1 Informed Consent (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan responden peneliti dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum peneliti dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka penulis harus menghormati hak pasien.

3.8.2 Confidentially (Kerahasiaan)

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

3.8.3 Anonymity (Tanpa Nama)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

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 kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit stroke memiliki 22 kamar meliputi 2 HCU, 6 Kamar perawatan kelas 1, 2 kamar perawatan kelas 2 dan 12 kamar perawatan kelas 3. Penyakit dalam pada Ruang Unit Stroke terdiri dari penyakit pada system persyarafan, seperti CVA, Tumor Otak. Di ruang Unit Stroke terdapat 15 paramedis, 1 Administrasi dan 3 Cleaning Service. 15 paramedis sendiri diantaranya 1 Kepala Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 8 Perawat Pelaksana. Ruang Unit stroke memiliki beberapa ruangan lain yaitu 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan, dan 9 kamar pasien. Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. "R" dengan CVA *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 11 Maret 2025 sampai tanggal 13 Maret 2025.

4.1.2 Identitas Umum

1) Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Umum

Nama	Tn. R
Jenis Kelamin	Laki-laki
Umur	73 tahun
Suku/ bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Pekerjaan	Petani
Alamat	Dongko, Trenggalek
Status Perkawinan	Kawin
Tgl masuk/ Jam masuk	09 Maret 2025 Jam 11.00 WIB
Ruang / Kelas	Unit Stroke/ III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	11 Maret 2025 Jam 15.00 WIB

2) Diagnosa Medis : CVA Infark

3) Riwayat Penyakit

Ta

bel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan klien sempat mengeluh pusing saat membersihkan alat untuk Bertani. Saat Pengkajian : Klien memberikan respon non verbal dengan menganggukan kepala saat ditanya pusing atau tidak.
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan klien sempat mengeluh pusing dan tiba – tiba berbicara cedal dan terdapat kelemahan pada tubuh bagian kanan kemudian dibawa ke Puskesmas Dongko pada tanggal 09 Maret 2025 Jam 10.00 WIB. Lalu dirujuk ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek sampai di RS sekitar jam 11.00 WIB. Saat dilakukan pengkajian di IGD klien kesulitan berbicara. Pada jam 15. 00 WIB klien dipindah ruang ke Ruang Unit Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Maret 2025 Jam 16.00 WIB keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien dan lemah digerakkan, kesulitan bicara, dan saat ditanya klien menjawab dengan bergumam. Kesadaran klien Apatis dengan GCS 4/2/6.

P : Klien merasa pusing (klien memberikan respon non verbal dengan menganggukan kepala)

Q: Klien merasa pusing cenut-cenut (klien memberikan respon non verbal dengan menganggukan kepala)

R: Klien merasa pusing pada bagian kepala depan (klien memberikan respon non verbal dengan menganggukan kepala)

S: Pusing terasa berat

T: Pusing sewaktu - -aktu

Hasil TTV :

TD : 178/75 mmHg

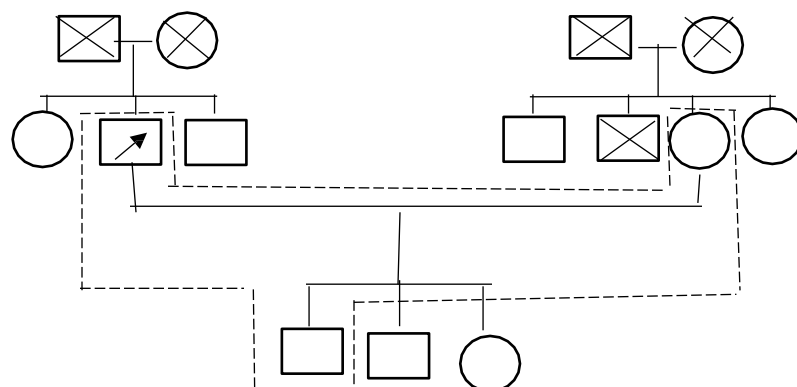
N : 63x/menit

RR/SPO2 : 20x/menit / 99%

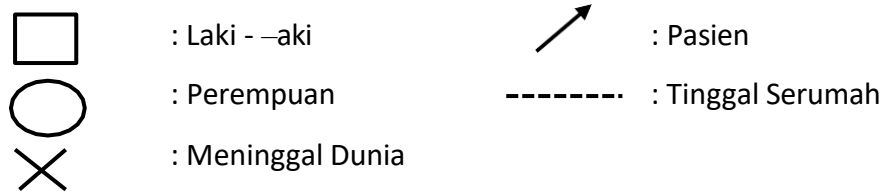
S : 36.2°C

Riwayat Dahulu	Penyakit	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai Riwayat Hipertensi kurang lebih 1 tahun yang lalu dan tidak ada riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung.
Riwayat Keluarga		Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau dan dikeluarga tidak ada yang memiliki penyakit menular maupun menurun.

Genogram :



Keterangan :



4) POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum	Keluarga klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. 1 Porsi makan dihabiskan.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit klien makan 2x sehari pagi, siang dan sore dengan menu sesuai kebutuhan. Dan habis 1 porsi makanan.
	Minum	Keluarga klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1 liter / hari.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit, klien minum air putih sekitar 1 liter
2.	Pola Eliminasi BAB	Keluarga klien mengatakan saat di rumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit 2 hari belum BAB.
	BAK	Keluarga klien mengatakan BAK 4-6x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit klien BAK menggunakan pampers, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.
3.	Pola Istirahat/ Tidur	Keluarga klien mengatakan saat di rumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit, klien mengatakan tidur siang pukul 13.00-

	05.00 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang.	15.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WIB.
4. Kebersihan Diri	Keluarga klien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keramas 2 hari sekali.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya disibin dan diganti baju 2x sehari pagi dan sore dibantu oleh keluarga. Keluarga mengatakan selama di rumah sakit klien belum sikat gigi hanya berkumur dengan listerine. Selain itu klien selama di rumah sakit belum keramas.

5) RIWAYAT PSIKOSOSIAL

a. Konsep diri

Tabel 4.4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien mengalami penurunan kesadaran (Apatis GCS 4-2-6)
Ideal Diri	Klien mengalami penurunan kesadaran (Apatis GCS 4-2-6)
Harga Diri	Klien mengalami penurunan kesadaran (Apatis GCS 4-2-6)
Peran	Klien seorang Suami dan Ayah dari 3 anaknya
Identitas Diri	Klien bernama Tn. R, umur 73 tahun, memiliki 3 orang anak, klien tinggal di desa Dongko

b. Pola peran hubungan dengan orang lain :

Keluarga klien mengatakan klien jika di rumah memiliki hubungan baik dengan tetangga dan saudara – saudaranya.

c. Pola seksual :

Klien sudah menikah dan memiliki 3 anak

d. Pola mekanisme koping :

Keluarga klien mengatakan jika klien terdapat masalah selalu berdiskusi dengan istri dan anak – anaknya.

e. Pola kognisi dan persepsi sensori :

Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien mengalami penurunan kesadaran (Apatis GCS 4-2-6)
Bahasa yang Digunakan	Klien kesulitan berbicara saat ditanya, keluarga klien mengatakan klien biasa menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Klien tidak mampu berbicara
Pendengaran	Fungsi pendengaran Klien sedikit berkurang, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengalami penurunan kesadaran (Apatis GCS 4-2-6)
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengalami penurunan kesadaran (Apatis GCS 4-2-6)

f. Data spiritual :

Keluarga Klien mengatakan jika dirumah klien rajin beribadah ke Masjid.

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
1. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran Apatis, GCS 4-2-6, ekstremitas dextra lemah. Terpasang infus di tangan kanan.
2. Tanda-tanda vital	TD : 178/75 mmHg N : 63x/ menit S : 36,2°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%

3. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan Rambut	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah simetris. 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. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, tidak mengalami kesulitan menelan, kesulitan berbicara (disartria).
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
4. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi. Palpasi : Turgor kulit <3 detik, akral hangat, CRT <3 detik, suhu tubuh 36,2 °C
5. Pemeriksaan dada/ thorax 1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 4 dan 5, frekuensi nadi 63x/menit Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup

2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i>, pernapasan <i>reguler</i>, tidak ada <i>retraksi intercostal</i>. Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan.				
3. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, aerola bewarna kecoklatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan				
4. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada <i>lesi</i>. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdengar 7x/menit				
5. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.				
6. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, rentang gerak (ROM menurun), klien mengalami keterbatasan melakukan aktivitas, akral teraba hangat, ekstremitas dextra lemah, kekuatan otot <table> <tr> <td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>5</td></tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 2: mampu menggeser tangan	2	5	2	5
2	5				
2	5				
7. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> -<i>Trisep</i> (-) (+) -<i>Bisep</i> (-) (+) -<i>Patella</i> (-) (+) <i>Reflek Patologis :</i> -<i>Babinski</i> (+) (-)				

	- <i>Chaddock</i> (+) (-)
Kemampuan Sensorik	Sensasi Nyeri (+) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+)
Kemampuan Motorik	<i>Kelemahan</i> pada tangan dan kaki bagian kanan
8. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau minyak kayu putih. 2. Opticus : Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata. 3. Okulomotorius : pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah 5. Trigeminus : reflek berkedip klien positif 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri 7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi 8. Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang. 9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (<i>disartria</i>). 10. Vagus : klien mampu membedakan rasa makanan 11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala 12. Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah hanya <u>tengah lidah</u>

7) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
10 Maret 2025	Hemoglobin	13.6	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	L 41.4	%	42.0-51.0
	Lekosit	7.5	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.5
	Trombosit	254	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Eritrosit	4.59	Juta/ μL	3.50-4.76
	MCV	90.1	fL	78.0-100.0
	MCH	L 29.7	pg	31.0-37.0
	MCHC	L 32.9	g/dL	37.0-54.0
	RDW-CV	12.8	%	11.0-16.0
	RDW-SD	41.2	fL	37.0-54.0
	PDW	16.3	fL	9.0-17.0
	Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	Eosinofil#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	<0.7
	Neutrofil#	5.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
	Limfosit#	1.6	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
	Monosit#	0.6	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
	Glukosa Darah	145	mg/dL	<180.0
	Kolesterol	H 205	mg/dL	140 – 200

b) CT Scan kepla tanpa kontras (10/03/2025 jam 19:55)

1. Tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri
2. Sulci lebar dan dalam
3. System ventrikel dan cysterna normal
4. Pons dan cerebellum normal
5. Tampak kalsifikasi MCA kanan kiri
6. Tak tampak deviasi midline
7. Ukuran bulbus oculi kiri mengecil disertai multiple kalsifikasi di dalamnya
8. Mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tampak kelainan
9. Calvaria normal
10. Tak tampak proses osteolitik/osteoblastic

Keterangan :

Pada hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi Bahasa seperti nervus glossofaringeus (IX).

Kesimpulan :

1. Chronic tromboemboli pada territory MCA kiri
2. Atherosclerosis MCA kanan kiri
3. Pthisis bulbis kiri

c) Thorax PA/AP (11/03/2025 jam 08:23)

1. Elongasi aorta
2. Pulmo tak tampak persepembungan/ nodul
3. Kedua hilus tak menebal
4. Sinus phrenicocostalis
5. Diaphragma, costae dan soft tissue normal
6. Dextroscoliosis Thoracalis

Kesimpulan :

1. Elongasi aorta
2. Pulmo normal
3. Dextroscoliosis Thoracalis

d) Kimia Klinik

Tabel 4.8 Kimia Klinik

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	21.1	u/L	10.0-40.0
SGPT	11.7	u/L	10.0-55.0
UREUM	35.4	mg/dL	15.0-45.0
CREATININ	1.0	mg/dL	0.9-1.3

1) Penatalaksanaan (Terapi/ Pengobatan)

Tabel 4.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
11 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena
12 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena
13 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x250 mg	Intravena

4.1.3 ANALISA DATA

Tabel 4.10 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Ds : 1) ien memberikan respon non verbal dengan q. mengganggu kepala saat ditanya pusing atau tidak, Pusing terasa cunut – cunut pada bagian kepala depan, dan muncul sewaktu – waktu Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran (Apatis) dengan GCS 4/2/6 3) Skala pusing berat 4) Akral terasa hangat 5) CRT < 3 detik 6) Turgor kulit < 3 detik 7) TTV TD : 178/75 mmHg RR : 20 x/ menit N : 63x/menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% 8) Hasil CT Scan : a) Chronic tromboemboli pada territory MCA kiri	Gangguan perfusi jaringan cerebral	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan <i>vascular cerebral</i>

		b) Ateriosclerasis MCA kanan kiri		
		c) Pthisis bulbis kiri		
2	Ds :	Gangguan	Defisit neurologis	
	1) Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan	Mobilitas Fisik	↓ Kehilangan control volunter ↓	
	Do :		Himiplegi dan hemiparesis	
	1) Keadaan umum lemah			
	2) Mengalami penurunan kesadaran (Apatis) dengan GCS 4/26			
	3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas			
	4) <i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (-) (+) -Bisep (-) (+) -Patella (-) (+)			
	5) Kekuatan Otot menurun			
	2 5 2 5			
	6) Rentang gerak (ROM) Menurun			
	7) TTV :			
	TD : 178/75 mmHg RR : 20 x/ menit N : 63x/menit S : 36,2 °C Spo2 : 99%			
3	Ds :	Gangguan	Defisit Neurologis	
	1)luarga Klien mengatakan klien sulit bicara	Komunikasi Verbal	↓ Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓	
	r. Do:			
	1) Keadaan umum lemah		Disatria	

-
- 2) Mengalami penurunan kesadaran (Apatis) dengan GCS 4/6
 - 3) Sulit berbicara (disartria)
 - 4) Klien tidak mampu berbicara
 - 5) TTV
- TD : 178/75 mmHg
RR : 20 x/ menit
N : 63x/menit
S : 36,2 °C
Spo2 : 99%
-

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	11-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan deficit neurologis ditandai dengan Ds : 1)ien memberikan respon non verbal dengan menganggukan kepala saat ditanya pusing atau tidak, s. Pusing terasa cenut – cenut pada bagian kepala depan, dan muncul sewaktu – waktu Do : 1) Keadaan umum lemah 2) Mengalami penurunan kesadaran (apatis) dengan GCS 4/6 3) Skala pusing berat 4) Akral teraba hangat 5) CRT < 3 detik 6) Turgor kulit < 3 detik 7) TTV TD : 178/75 mmHg RR : 20 x/ menit N : 63x/menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% 8) Hasil CT Scan : a) Chronic tromboemboli pada territory MCA kiri b) Atherosclerosis MCA kanan kiri c) Pthysis bulbi kiri	13-03-2025	

2. 11-03-2025 Gangguan mobilitas fisik 13-03-2025
berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan
Ds :



- 1) Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan

Do :

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Mengalami penurunan kesadaran (apatis) dengan GCS 4/6
- 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
- 4) *Reflek Fisiologis:*
-Trisep (-) (+)
-Bisep (-) (+)
-Patella (-) (+)

- 5) Kekuatan Otot menurun

2	5
2	5

- 6) TTV :

TD : 178/75 mmHg

RR : 20 x/ menit

N : 63x/menit

S : 36,2 °C

Spo2 : 99%

3. 11-03-2025 Gangguan komunikasi verbal 13-03-2025
berhubungan dengan disartria ditandai dengan
DS :



- 1) Keluarga klien mengatakan klien sulit bicara

Do:

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Kesadaran apatis dengan gcs 4/6
- 3) Sulit berbicara
- 4) Klien tidak mampu berbicara

5)V

t. TD : 178/75 mmHg

RR : 20 x/ menit

N : 63x/menit

S : 36,2 °C

Spo2 : 99%

4.1.5 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
1	11-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. 2. Tanda-tanda vital stabil. 3. Peningkatan TIK tidak ada 4. Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	1. Bina hubungan saling percaya 2. Kaji status neurologic (TIK) 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 5. Kaji reflek kornea dan gag 6. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien 7. Monitor tanda-tanda vital 8. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 9. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan	1. Agar klien percaya dengan tindakan yang diberikan 2. Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 3. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4. Mengetahui fungsi N II dan III 5. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan batang otak 6. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 7. Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan

	tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas	kerusakan pada batang otak
10. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi		8. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung
11. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan		9. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali
12. Pertahankan suhu normal		10. Memfasilitasi drainasi vena dari otak
13. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang		11. Dapa meningkatkan tekanan intracranial
14. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin		12. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK
15. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction		13. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.
		14. Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK

				jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik 16. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80 mmHg 17. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping 18. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic	15. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK 16. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak 17. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting 18. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menen
2	11-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Klienmampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 3x sehari bila mungkin 3. Bila Kliendi tempat tidur, lakukan tindakan	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 3. Mencegah footdrop, mencegah kontraktur

			adanya kontraktur, footdrop	2. Mempertahankan kekuatan/ fungsi tubuh secara optimal	3. Mendemonstrasikan teknik/ perilaku melakukan aktivitas	4. Mempertahankan integritas kulit	5. Kebutuhan ADL terpenuhi	4. Kaji yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi	5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak	6. Lakukan massage pada daerah tertekan	7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi	8. Kolaborasi stimulasi elektrik	9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	untuk meluruskan postur tubuh	fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan	4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma	5. Membantu mencegah kerusakan kulit	6. Membantu memperlancar sirkulasi darah	7. Mengembangkan program khusus	8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter	9. Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan
3	11-03-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara	8. ngidentifikasi u. masalah komunikasi karena ga ngguan																

membaik dengan kriteria hasil :	2. Pertahankan kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi	bicara atau gangguan bahasa
8. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal	3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	9. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan
9. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar	4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh	10. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif
10. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara	11. Memudahkan penerimaan pasien
	6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal	12. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara
	7. Konsultasikan dengan terapis wicara	13. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien
		14. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	11 Maret 2025
Implemetasi		
Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	15.30	1) Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. (memperkenalkan diri kepada klien dan kelaurga, menjelaskan maksud dan tujuan setiap kali melakukan tindakan dan keluarga klien menandatangani lembar inform consent).
	15.35	2) Mengkaji peningkatan TIK : Klien mengeluh pusing terasa cenut cenut bagian kepala depan, skala pusing berat dan muncul sewaktu - waktu
	15.40	3) Mengkaji kesadaran klien: Kesadaran Apatis dengan GCS 4-2-6
		7)monitor TTV
	15.45	TD : 178/75 mmHg N : 63x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99%

	15.50	9) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien
	16.00	11) Menganjurkan klien untuk tidak batuk yang berlebihan, bersin atau mengejan saat BAB
	16.10	17) Memberikan obat sesuai program Citicoline 2x 250 mg Intravena
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	16.15	1) Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot, Kekuatan otot : 2 5 2 5
	16.20	2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari – jari tangan dan kaki
	16.35	3) Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi Klien (miring kanan dan miring kiri) setiap 2 jam sekali

	16.40	4) Mengkaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria	16.45	1) Mengkaji kemampuan komunikasi klien: klien kesulitan bicara tetapi dapat memahami yang dibicarakan
	15.50	2) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal
	16.55	3) Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien
	17.00	5) Mengajarkan keluarga untuk mengajari klien dengan berlatih vocal AIUEO
	17.05	6) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal kepada klien (dengan memberi tepuk tangan dan acungan jempol saat klien berusaha menirukan)

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		11 Maret 2025	
	Jam	Akhir Shift	
Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	20.00	S :	1) Klien masih pusing terasa cenut – cenut bagian kepala depan dan muncul sewaktu – waktu
		O :	1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Skala Pusing berat 4) CRT < 3 detik 5) Akral terasa hangat 6) Turgor Kulit < 3 detik 7) TTV TD : 178/75 mmHg N : 63x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99%
		A :	Masalah belum teratasi
		P :	Lanjutkan Intervensi 2) Kaji tanda – tanda TIK 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS 7) Monitor tanda – tanda vital 9) Pertahankan klien bedrest 11) Anjurkan klien tidak batuk berlebihan 17) Berikan obat sesuai program
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	20.30	S :	1) Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan
		O :	1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis dengan GCS 4/2/6 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (-) (+) -Bisep (-) (+) -Patella (-) (+) 5) Kekuatan otot menurun

		2	5
		2	5
		A : Masalah belum teratasi	
		P : Lanjutkan Intervensi	
		1) Kaji kemampuan motoric	
		2) Ajarkan pasien untuk melakukan ROM	
		3) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan dan miring kiri) setiap 2 jam sekali	
		4) Kaji daerah yang tertekan	
Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	21.00	S :	
		1) Keluarga klien mengatakan klien masih sulit bicara	
		O :	
		1) Keadaan umum lemah	
		2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6	
		3) Klien tampak sulit berbicara (disartria)	
		4) Klien tidak mampu berbicara	
		A : Masalah belum teratasi	
		P: Lanjutkan intervensi	
		1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan Bahasa dan bicara	
		2) Pertahankan kontak mata klien saat komunikasi	
		3) Ciptakan lingkungan yang nyaman	
		5) Ajarkan Teknik untuk memperbaiki bicara	
		6) Berikan respon terhadap perilaku verbal	

4.1.8 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi awal dinas	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
12 Maret 2025					
1.	Gangguan Perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan deficit neurologis	Jam 07.00 WIB S : 1) Klien masih pusing terasa cunut – cunut bagian kepala depan dan muncul sewaktu – waktu O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6 3) Skala Pusing berat 4) CRT < 3 detik 5) Akral terasa hangat 6) Turgor Kulit < 3 detik	08.00 08.10 08.15	2) Mengkaji peningkatan TIK: klien memberikan respon non verbal mengganggu kepala saat ditanya pusing berkurang atau tidak 3) ngkaji tingkat kesadaran klien : kesadaran apatis dengan GCS 436 w. Memonit or TTV : TD : 181/72 mmHg N : 72x/menit t S : 36,2°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% CRT >3 detik	Jam 14.00 WIB S : 1) klien memberikan respon non verbal mengganggu kepala saat ditanya pusing berkurang atau tidak, klien merasa pusing cunut – cunut pada bagian kepala depan dan muncul sewaktu – waktu
		7) TTV TD : 173/70 mmHg N : 68x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 2) Kaji peningkatan TIK 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS	08.45 09.00	9) Mempertahankan klien untuk bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat klien 17) Memberikan injeksi IV : Citicolin 2x250 mg intravena	O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis. GCS 4-3-6 3) Skala Pusing sedang 4) CRT >3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit menurun >3 detik 7) TTV : TD : 183/75 mmHg N : 73x/menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% A: Masalah teratasi sebagian

7nitor tanda – tanda vital

x.

- 9) Pertahankan klien bedrest
17) Berikan obat sesuai program

- 3) Peningkatan TIK mulai berkurang
4) Gangguan lanjut tidak terjadi

P : Lanjutkan intervensi

- 2) Kaji peningkatan TIK
3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS
7) Monitor tanda- tanda vital
9) Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas
17) Berikan obat sesuai program

2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Jam 07.00 WIB	09.30	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot :	S :
	S :	1) Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan		y. 3 3 Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam tangan	1) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien sebelah kanan masih lemah saat dibuat gerak
	O :	1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis dengan GCS 426 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> - <i>Trisep</i> (-) (+) - <i>Bisep</i> (-) (+) - <i>Patella</i> (-) (+)	09.40		O :
		5) Kekuatan otot menurun	09.55	2) Mengubah posisi klien (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali	1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis dengan GCS 436 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> - <i>Trisep</i> (-) (+) - <i>Bisep</i> (-) (+) - <i>Patella</i> (-) (+) 5) Kekuatan otot meningkat 3 5

		klien saat komunikasi 3)ptakan lingkungan yang nyaman aa.Ajarkan Teknik untuk memperbaiki bicara 5) Berikan respon terhadap perilaku non verbal			5) Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara dengan kata-kata sederhana secara bertahap
13 Maret 2025					
1.	Gangguan Perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan deficit neurologis	Jam 07.00 WIB S : 1)ien memberikan respon non verbal mengganggu kepala saat ditanya pusing berkurang atau tidak, klien merasa pusing cenut – cenut pada bagian kepala depan dan muncul sewaktu – waktu bb. O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis. GCS 4-3-6 3) Skala Pusing sedang 4) CRT >3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit menurun >3 detik 7) TTV : TD : 170/72 mmHg N : 75x/menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	07.30 07.40 08.00 08.30	3) Memonitor tingkat kesadaran klien : kesadaran apatis GCS 4-3-6 7) Memonitor TTV TD : 158/78 mmHg N : 63x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% CRT <3 detik 9) Mempertahankan klien bedrest 17) Memberikan injeksi IV Citicolin 2x250 mg	Jam 14.00 WIB S : 1) klien memberikan respon non verbal mengganggu kepala saat ditanya pusing berkurang atau tidak O : 1) Keadaan umum cukup 2) Pusing hilang 3) Kesadaran apatis GCS 4-3-6 4) CRT <3 detik 5) Akral teraba hangat 6) Turgor kulit normal <3 detik 7) TTV TD : 153/72 mmHg N : 61x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% A : Masalah teratasi sebagian 1) Klien dapat meningkatkan tingkat kesadaran

	A: Masalah teratasi sebagian 3) Peningkatan TIK mulai berkurang 4) Gangguan lanjut tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS 7) Monitor tanda- tanda vital 9) Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 17) Berikan obat sesuai program		3) Peningkatan TIK tidak ada Ga 4) ngguan lebih lanjut tidak terjadi P : Hentikan intervensi klien pulang														
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Jam 07.00 WIB S : 1) Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien sebelah kanan masih lemah saat dibuat gerak O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatais denga GCS 436 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) <i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (-) (+) -Bisep (-) (+) -Patella (-) (+) 5) Kekuatan otot meningkat <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	08.45	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan	3	5	3	5	S : 1) Keluarga klien mengatakan klien bisa mengangkat tangan dan kaki kanan tetapi tidak bisa lama O : 1) Keadaan umum cukup 2) Kesadaran apatis dengan GCS 436 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4) Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> A : Masalah teratasi 1) Pertahankan keutuhan fungsi tubuh secara optimal tidak ada kontraktur, footdrop 4) Mempertahankan integritas kulit 5) Kebutuhan ADL terpenuhi P : Intervensi dihentikan klien pulang	3	5	3	5
3	5																
3	5																
3	5																
3	5																
3	5																
3	5																

					6)ntang gerak ROM mengalami peningkatan cc.A : Masalah teratasi sebagian 1) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop 2) Mempertahanakan kekuatan atau fungsi tubuh secara optimal 4) Mempertahankan integritas kulit 5) Kebutuhan ADL terpenuhi P : Lanjutkan intervensi 1) Kaji kemampuan motorik 2) Ajarkan pasien untuk melakukan ROM 3x perhari bila mungkin	
3.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular	Jam 07.00 WIB S : 1) Keluarga klien mengatakan klien mulai bisa berbicara “Ya” O : 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran apatis dengan GCS 436 3) Bicara klien mengalami peningkatan A : Masalah teratasi sebagian 1) Mampu menggunakan metode komunikasi verbal dan non verbal 3)mpu mengekpresikan diri dan memahami orang lain dd. <u>P : Lanjutkan intervensi</u>	09.15 09.20	2) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal 5) Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara dengan kata sederhana	S : 1) Keluarga klien mengatakan klien sudah mulai bisa berbicara dengan jelas dan mengucapkan kata “Ya” O : 1) Keadaan umum cukup 2) Kesadaran apatis denga GCS 436 3) Bicara masih cedal tetapi sudah mulai bisa berbicara dengan jelas dan mengucapkan kata “Ya” 4) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain A : masalah teratasi sebagian 1) Mampu menggunakan metode komunikasi verbal dan non verbal	

-
- 2) Pertahankan kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi
 - 5) Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara dengan kata-kata sederhana secara bertahap
-

3) mpu mengekspresikan diri dan memahami orang lain
ee.P : Intervensi dihentikan klien pulang

4.1.9 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan

Analisa		
Teori	Fakta	Kesenjangan
Pengkajian 1. Identitas pasien - Data demografi meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat rumah. - Pekerjaan : jelaskan aktivitas sehari-hari pasien, jenis pekerjaan - Lingkungan : apakah terdapat pencemaran lingkungan seperti bahan kimia, listrik, polusi udara. - Tingkat intelektual : Riwayat Pendidikan, pola komunikasi - Status emosi : Ekspresi wajah, perasaan tentang dirinya, keluarga pemberi pelayanan kesehatan, penerimaan stress dan coping mekanisme - Riwayat pengobatan : obat-obatan yang pernah diberikan (nama, penggunaan, dosis, berapa lama), keadaan setelah pengobatan, alergi obat dan makanan. Kebiasaan minum alkohol, obat-obatan, rokok. - Pelayanan kesehatan : puskesmas, klinik, dokter praktek (Tarwoto, 2015)	Berdasarkan hasil penelitian Klien CVA Infark pada Tn. R dengan usia 73 tahun, jenis kelamin laki - laki, pendidikan terakhir SD, bertempat tinggal di Dongko, Trenggalek. Pekerjaan Petani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 09 Maret 2025 tanggal pengkajian 11 Maret 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Sesuai

2. Keluhan Utama a. Trauma : urutan kejadian, waktu kejadian, siapa yang menangani, pengobatan yang diberikan, keadaan trauma. b. Infeksi akut : kejadian, tanda dan gejala kejang, tempat infeksi, sumber infeksi, penanganan yang sudah diberikan dan responya. c. Kejang : urutan kejadian, karakter dari gejala kejang, kemungkinan factor pencetus, Riwayat kejang, penggunaan obat kejang. d. Nyeri : lokasi, kualitas, intensitas, lamanya, menetap atau tidak penanganan sebelumnya. e. Gaya berjalan : seimbang, kaki diseret, gangguan aktivitas f. Vertigo : kejadian, factor pencetus, mual dan muntah, tinnitus, perubahan kognitif, perubahan penglihatan, nyeri dada. g. Kelemahan : kejadian, lamanya, reflek menelan, adakah batuk, bagaimana jika menelan air atau lebih padat. (Tarwoto, 2015)	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan klien sempat mengeluh pusing saat membersihkan alat untuk Bertani. Saat Pengkajian : Klien memberikan respon non verbal dengan menganggukan kepala saat ditanya pusing atau tidak.	Sesuai
3.wayat Penyakit Sekarang ff. Beberapa hal yang harus dikaji dalam Riwayat kesehatan pada gangguan system persarafan diantaranya adalah data umum pasien, keluhan utama pasien, Riwayat penyakit yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga.	Keluarga Klien mengatakan, pada tanggal 09 maret 2025 sekitar jam 09,30 badan klien tiba-tiba lemas dan klien merasa pusing dan bicara cedal. Lalu pukul 10.00 WIB klien dibawa ke Puskesmas Dongko, kemudian dirujuk ke IGD untuk mendapatkan penanganan lanjut, sampai di IGD pukul 11.00 WIB. Lalu pukul 15.00 WIB klien di pindah ke Ruang Unit Stroke.	Sesuai
4.wayat Penyakit Dahulu gg. Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral	Keluarga Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi sejak 1 tahun yang lalu.	Sesuai

yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulum, aspirin, fasodilator, obat-obatan adiktif, kegumukan (Tarwoto, 2015)		
5. Riwayat Penyakit Keluarga Menurut Doengoes (2018), perlu dikaji adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke, komposisi keluarga dan apakah ada anggota keluarga yang lain mengidap penyakit menular.	Keluarga Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau.	Sesuai
6. Pola Nutrisi dan Cairan Pada Kliendengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia dan kesulitan untuk menelan. Adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah. (Tarwoto,2015)	Di rumah : Makan : keluarga Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi yang tidak panas, sayur dan lauk.1 Porsi makan dihabiskan. Minum : Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1 liter / hari. Di RS : Makan : keluarga Klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 2x sehari pagi, siang dan sore. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Keluarga Klien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Minum :Keluarga Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 1 liter.	Terdapat kesenjangan
7. Pola Eliminasi Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Tarwoto, 2015)	Di rumah : BAB : Keluarga Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. BAK : Keluarga Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS BAB : Keluarga Klien mengatakan selama di rumah sakit 2 hari belum BAB. BAK : Keluarga Klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK $\pm$ 4-6x sehari menggunakan pampers dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.	Sesuai

8.1a Istirahat Tidur	Di rumah :	Terdapat kesenjangan
hh. Pada klien CVA terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang di alaminya. (Tarwoto, 2015)	Keluarga Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Keluarga Klien mengatakan selama dirumah sakit, Klien mengatakan tidur siang pukul 13.00-15.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WIB.	
9.1a kognitif dan sensori persepsi	Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien dapat merasakan rangsangan nyeri, klien tidak mengalami gangguan penglihatan.	Terdapat kesenjangan
ii. Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/ kekaburan pandangan, perabaan/ sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif yang biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doengoes & Marilyn, 2018)		
10.1a Peran Hubungan atau Interaksi Sosial	Keluarga Klien mengatakan klien bicara sedikit sulit tetapi klien bisa menjawab dengan menganggukan dan menggelengkan kepala. Keluarga Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Sesuai
jj. Pola hubungan dan peran adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doengoes & Marilyn, 2018)		
11.1a Keyakinan dan Nilai	Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu di Masjid. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.	Sesuai
kk. Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klient terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009)		

12adaan Umum	Keadaan umum lemah, kesadaran Apatis GCS 4-2-6, Sesuai
ll. Biasanya klienCVA mengalami badan lemah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>), penurunan kesadaran (apatis, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37°C), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang	ekstremitas dexstra lemah, bicara cedal, terpasang infus di tangan kanan. Tanda-tanda vital : TD : 178/75 mmHg N : 63x/ menit S : 36,2°C

mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2015)	RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	
Pemeriksaan Fisik	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah simetris. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.	Sesuai
1. Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal, 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 hematoma atau riwayat operasi.		
2. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun)	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	Terdapat Kesenjangan
3. 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.	Terdapat kesenjangan
4. Hidung : ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan	Terdapat kesenjangan
5. lidah : adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel atau pelo), afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan mm. lidah, pharing dan bibir.	Bibir tidak simetris, bicara cadel atau pelo dan kesulitan dalam berbicara	Sesuai

6. Dada/Thorax

a) Pemeriksaan paru

Sering kali pada pasien CVA didapatkan pasico batuk, peningkatan reproduksi sputum, sesak napas. penggunaan otot banta nafas, dan peningkatan frekuensi nafas. Pada Kliendengan tingkat kesadaran *Composmentis* tidak ada kelainan. (Doenges & Marilyn, 2018)

Inspeksi : bentuk normal *chest*, pernapasan *reguler*, tidak ada *retraksi intercostral*.

Sesuai

Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

Palpasi : *Vocal Fremitus* (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri

Sesuai

Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor

Perkusi : suara paru sonor

Sesuai

Auskultasi : auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos & Marilyn, 2018)

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing

**Terdapat
kesenjangan**

b) Pemeriksaan Jantung

Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak

Perkusi : suara jantung pekak

Sesuai

Auskultasi : mengetahui suara jantung (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung ketiga (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung

Auskultasi : bunyi jantung lup dup

Sesuai

7. Abdomen : didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas	I nspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada lesi. 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	Terdapat kesenjangan Terdapat kesenjangan Terdapat kesenjangan				
8. Genetalia : kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2018)	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.	Terdapat kesenjangan				
9. Ekstremitas : pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2015)	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kiri, akral hangat, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot <table><tr><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 2 : hanya bisa menggeser	2	5	2	5	Sesuai
2	5					
2	5					

Saraf Kranial		Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih.	Sesuai
1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman			
2. Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang		Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata.	Terdapat Kesenjangan
3. Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke fase 3, atas dan lateral, kebawah dan keluar	N	Pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)	Terdapat Kesenjangan
4. Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial	Ne	Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah	Terdapat kesenjangan
5. Nervus 5 Trigeminus : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat		Refleks berkedip klien positif	Terdapat kesenjangan

6. Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.	Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri	Terdapat kesenjangan
7. Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).	Klien mampu mengerutkan dahi, dapat merasakan makanan, mampu berkedip	Terdapat kesenjangan
8. Nervus 8 vestibulokoklearis : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).	Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.	Sesuai
9. Nervus 9 Glossofarinkus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofarinkus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot- otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.	Klien mengalami kesulitan bicara (Cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan. Klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Sesuai
10. Nervus 11 Asesorius: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus	Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kiri dan tidak mampu menggerakkan kepala dan bahu kanan	sesuai

assessorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.		
11. Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat	Klien mampu menjulurkan lidah hanya sedikit, mampu menelan dengan baik	Terdapat kesenjangan
Diagnosa Keperawatan 1. Gangguan perfusi jaringan cerebral 2. Gangguan mobilitas fisik 3. Gangguan komunikasi verbal 4. Gangguan persepsi sensori 5. Gangguan kebutuhan nutrisi 6. Defisit perawatan diri 7. Gangguan eliminasi urine	1. Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis 2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Terdapat kesenjangan
Intervensi Menurut Teori (SIKI,2019) pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 10 intervensi , pada diagnose Gangguan Komunikasi verbal ada 7 dan pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik ada 8.	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis 1. Bina hubungan saling percaya 2. Kaji peningkatan TIK 3. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas 6. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 7. Kolaborasi pemberian obat sesuai dengan program Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Sesuai

	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x sehari bila mungkin 3. Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4. Kaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria 1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Berikan respon terhadap perilaku non verbal	
Implementasi Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klienselama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Pada saat penelitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan ke klien.
Evaluasi Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk	Diagnose 1 S : 1) Klien masih pusing terasa cunut – cunut bagian	Sesuai

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

kepala depan dan muncul sewaktu - waktu

O :

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6
- 3) Skala Pusing berat
- 4) CRT < 3 detik
- 5) Akral terasa hangat
- 6) Turgor Kulit < 3 detik
- 7) TTV

TD : 178/75 mmHg

N : 63x/menit

RR : 20 x/ menit

S : 36,2 °C

Spo2 : 99%

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan Intervensi

- 2) Kaji tanda – tanda TIK
- 3) Kaji tingkat kesadaran dan GCS
- 7) Monitor tanda – tanda vital
- 9) Pertahankan klien bedrest
- 11) Anjurkan klien tidak batuk berlebihan
- 17) Berikan obat sesuai program

Diagnosa 2

S :

- 1) Keluarga Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan

O :

- 1) Keadaan umum lemah
- 2) Kesadaran apatis dengan GCS 4/2/6
- 3) Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas
- 4) *Reflek Fisiologis:*
 - Trisep* (-) (+)
 - Bisep* (-) (+)
 - Patella* (-) (+)

- 5) Kekuatan otot menurun

2	5
2	5

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan Intervensi

- 1) Kaji kemampuan motoric
- 2) Ajarkan pasien untuk melakukan ROM
- 3) Anjurkan keluarga untuk mengubah posisi (miring kanan dan miring kiri) setiap 2 jam sekali
- 4) Kaji daerah yang tertekan

Diagnose 3

S :

- 1) Keluarga klien mengatakan klien masih sulit bicara

O :

- 1) Keadaan umum lemah
 - 2) Kesadaran apatis GCS 4-2-6
 - 3) Klien tampak sulit berbicara (disartria)
 - 4) Klien tidak mampu berbicara
-

nn.

A : Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

- 1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan Bahasa dan bicara
 - 2) Pertahankan kontak mata klien saat komunikasi
 - 3) Ciptakan lingkungan yang nyaman
 - 5) Ajarkan Teknik untuk memperbaiki bicara
 - 6) Berikan respon terhadap perilaku non verbal
-

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genitalia), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, glasofaringeus, vagus, hipoglossus), diagnosa keperawatan dan evaluasi.

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Keluarga klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 3 kali sehari makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan.

Menurut teori pada penderita stroke terjadi adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2015).

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

2) Pola istirahat Tidur

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Di rumah, Klien mengatakan saat di rumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun

pukul 04.30 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan selama dirumah sakit, Klien mengatakan tidur siang pukul 13.00-15.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WIB.

Pada klien CVA terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang di alaminya. (Tarwoto, 2015)

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada pola istirahat tidur terbukti di rumah dan di rumah sakit klien dapat istirahat dengan nyaman.

3) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien dapat merasakan rangsangan nyeri, klien tidak mengalami gangguan penglihatan.

Menurut Teori (Doenges & Marilyn, 2018). 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.

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada pola kognitif dan sensori sehingga klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien juga tidak mengalami penurunan daya ingat karena klien diberikan terapi citicolin yang salah satu kegunaannya untuk mencegah gangguan memori akibat stroke.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Mata

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pandangan tidak kabur

Menurut teori umumnya pada klien stroke ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) (Muttaqin,2019).

Pendapat penulis, hasil pemeriksaan pada pasien ini menunjukkan bahwa fungsi penglihatan masih dalam batas normal, yang berarti area otak yang berperan dalam sistem visual, seperti lobus oksipital atau jalur saraf optik, kemungkinan besar tidak terdampak langsung oleh proses stroke. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua pasien stroke akan mengalami gangguan penglihatan, karena manifestasi klinis stroke sangat bergantung pada lokasi lesi di otak.

b) Telinga

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Menurut teori umumnya pada klien stroke biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga) (Muttaqin,2019).

Pendapat penulis, berdasarkan hasil pemeriksaan fisik yang normal dan tidak adanya keluhan dari pasien, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat gangguan pendengaran pada kasus ini, termasuk gejala tinnitus. Hal ini menunjukkan bahwa lokasi stroke kemungkinan tidak melibatkan area otak yang bertanggung jawab terhadap sistem pendengaran.

c) Hidung

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada secret, Tidak ada perdarahan.

Menurut Teori (Muttaqin,2019), umumnya pada klien stroke ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada hidung namun klien mengalami penurunan kesadaran (kesadaran apatis), klien tidak mengalami gangguan pada sistem pernafasan.

c) Paru

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos & Marilyn, 2018)

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada paru ditandai dengan suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

d) Abdomen

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

Menurut teori (Doenges & Marilyn, 2018), didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada abdomen yaitu pada klien tidak mengalami keluhan mual

dikarenakan tidak ada peningkatan asam lambung pada klien, sehingga tidak terjadi masalah pada bagian abdomen klien.

e) Genetalia

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

Menurut Teori ditemukan adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges & Marilyn, 2018).

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

5) Pemeriksaan Neurologis

CT Scan kepala tanpa kontras (10/3/2025) jam 19.55 WIB

1. Chronic tromboemboli pada territory MCA kiri
2. Atherosclerosis MCA kanan kiri
3. thisis bulbis kiri

P

S

edangkan pada klien hanya mengalami keterbatasan dalam pengendalian gerak tubuh sebelah kanan dan bicara cedal/disartria. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf cranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abdusen, fasialis, glasofaringeus, vagus, hipoglosus*).

(1) *Optikus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata.

Menurut Teori (Muttaqin, 2019), kelainan pada nervus optikus menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi Bahasa seperti nervus glosofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(2) *Okulomotorius*

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

Menurut Teori (Muttaqin, 2019), kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak

bisa bergerak ke medial, ke fase 3, atas dan lateral, kebawah dan keluar.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 3 Okulomotorius (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi Bahasa seperti nervus glosfaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(3) *Toklearis*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata kea rah atas dan bawah.

Menurut Teori (Muttaqin, 2019), kelainan berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 4 Toklearis (mampu menggerakkan bola mata kea rah atas dan bawah), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur

pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi Bahasa seperti nervus glossofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(4) *Trigeminus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Menurut teori (Muttaqin, 2019), untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 5 Trigeminus (reflex berkedip), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi bahasa seperti nervus glossofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak

mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(5) *Abdusen*

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

Menurut teori (Muttaqin, 2019), kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 6 abduksen (mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi bahasa seperti nervus glossofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(6) Fasialis

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien mampu mengerutkan dahi, dapat merasakan makanan, mampu berkedip.

Menurut teori (Muttaqin, 2019), Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi gangguan pada nervus fasialis, karena fungsi-fungsi utama yang dikendalikan oleh saraf tersebut masih berjalan normal. Meskipun hasil CT-scan menunjukkan adanya lesi hipodens pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri, lesi tersebut lebih mungkin memengaruhi area pusat kendali fungsi sensorik dan motorik lainnya, termasuk area yang berkaitan dengan fungsi bahasa dan menelan, seperti yang dikendalikan oleh nervus glossofaringeus (IX). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa nervus fasialis pada klien tidak mengalami gangguan akibat stroke, dan tidak ada tanda-tanda kerusakan saraf kranialis VII yang teridentifikasi secara klinis.

8) *poglusus*

oo. Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien mampu menjulurkan lidah hanya sedikit, mampu menelan dengan baik. Menurut teori (Muttaqin, 2019), Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nnervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 12 hipoglosus (mampu mengeluarkan lidah), dikarenakan dari hasil ct-scan yaitu tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri mempengaruhi jalur pusat kendali nervus cranialis, terutama yang terkait dengan fungsi sensorik dan motorik seperti nervus fasialis (VII) dan fungsi Bahasa seperti nervus glosofaringeus (IX) sehingga tidak ada masalah yang berkaitan dengan nervus optikus pada klien sehingga tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan CVA yaitu sebanyak 7 diagnosa keperawatan, yaitu resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral, 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 Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal. Sedangkan secara teori klien dengan CVA *iskemik* diagnosa yang muncul ada 7. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada

gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien *CVA infark* disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tahun 2019 dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang direncanakan Kaji status neurologic setiap jam, Kaji tingkat kesadaran dan GCS, Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata, Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien, Monitor tanda vital , Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas, Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara, Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi, Ciptakan

lingkungan penerimaan dan privasi, Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh, Berikan respon terhadap perilaku non verbal. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan motoric, Ajarkan pasien untuk melakukan *ROM* minimal 3x perhari bila mungkin, Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh, kaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi.

Intervensi keperawatan pada klien Stroke menurut teori (Tarwoto, 2015) pada diagnosa Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 7 intervensi, lalu pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal sebanyak 4 intervensi, dan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik sebanyak 4 intervensi.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, intervensi yang digunakan sesuai dengan teori yang telah disusun yaitu teori menurut Tarwoto (2015).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 11 Maret 2025–13 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 7 yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan juga keluarga, memonitor tingkat kesadaran klien, mempertahankan kepala tempat tidur klien, mempertahankan klien untuk tetap bedrest, memberikan terapi

farmakologis, dan memonitor TTV, menganjurkan klien untuk tidak menekuk lututnya. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 4 yaitu mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot, mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, membantu klien mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali, dan mengkaji daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi verbal dari intervensi yang telah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 4 yaitu mengkaji kemampuan komunikasi klien, mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal, serta menciptakan lingkungan penerimaan privasi.

Menurut teori (Walid,2019) Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. sehingga implementasi yang dilakukan pada klien berdasarkan intervensi dari teori Tarwoto (2015).

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 9 sedangkan menurut teori terdapat 17 intervensi, lalu pada pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori

terdapat 9 intervensi, dan diagnosa Gangguan komunikasi verbal intervensi yang dapat implementasikan terhadap klien sebanyak 5 sedangkan menurut teori terdapat 7 intervensi, dan. Menurut peneliti Intervensi sudah disusun berdasarkan teori, tetapi tidak semua intervensi yang muncul pada teori dapat dilakukan kepada klien, karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penelitian evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu mempertahankan kekuatan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur dan footdrop, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit dan kebutuhan ADL terpenuhi. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah teratasi sebagian yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar , Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Berdasarkan teori (Tarwoto, 2015), Kriteria hasil pada diagnose Gangguan Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan deficit neurologis yaitu pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik, motoric, tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada, gangguan lebih lanjut tidak terjadi pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis yaitu klien mampu mempertahankan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop, mempertahankan kekuatan fungsi tubuh secara optimal, mendemonstrasikan teknik perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit, kebutuhan ADL terpenuhi. Pada diagnose Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disartria yaitu klien mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, terhindar dari tanda-tanda frustrasi, mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

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

bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa Asuhan Keperawatan pada pasien dengan CVA Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama 3 hari yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti, di temukan bahwa tidak semua tanda gejala CVA ditemukan pada "Tn. R". Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien meliputi pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan fisik (mata, telinga, hidung, auskultasi paru, abdomen, genetalia) dan pada syaraf kranial (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, hipoglossus*).

5.1.2 Diagnosa

Tidak semua tanda dan gejala dari penyakit CVA di temukan pada klien, maka semua diagnose keperawatan tidak dimunculkan. Peneliti merumuskan tiga diagnosa diantaranya perfusi serebral tidan efektif berhubungan dengan deficit neurologis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan menurunnya kemampuan bicara.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan dan referensi yang ada. Dari berbagai teori yang telah dituliskan, ternyata tidak semua dapat diaplikasikan pada klien. Intervensi yang akan dilakukan

menyesuaikan dengan kebutuhan ataupun kondisi dari klien dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada di lahan penelitian.

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi beberapa hari, kondisi dan Tn.”R” mulai ada perubahan. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan evaluasi hasil yaitu klien mengatakan pusing hilang, ekstremitas bisa digerakkan, kesadaran Composmentis. Untuk gangguan mobilitas fisik : dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan evaluasi klien sudah mampu menggerakkan ekstremitas kirinya serta melakukan aktivitas secara mandiri seperti berjalan ke kamar mandi. Untuk gangguan komunikasi verbal : dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan evaluasi klien sudah mampu mengatakan kata “Ya”

5.1.6 Analisa

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa pasien didapatkan hasil adanya kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan perumusan diagnosa. Pada bagian pengkajian kesenjangan yang didapat yaitu pada pemeriksaan pola fungsi keluarga antara lain pola nutrisi dan metabolisme, pola peran hubungan atau interaksi social, pola persepsi dan konsep diri, polasensori dan kognitif pada

pemeriksaan fisik antara lain pemeriksaan integumen. Pada perumusan diagnosa didapatkan dari teori tidak semuadiagnosa yang disebutkan muncul pada klien.

5.2 Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Institusi

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 CVA dengan lebih baik lagi.

5.2.2 Bagi lahan penelitian

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan untuk tetap mempertahankan mutu pelayanan kesehatan baik dari perawat maupun tenaga medis lainnya. Melibatkan anggota keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan atau memberikan informasi kesehatan juga sangat diperlukan apabila nanti pasien pulang dan mendapat tindakan mandiri dari keluarga.

5.2.3 Bagi Penulis

Manfaat penelitian ini bagi penulis untuk menambah pengetahuan peneliti dalam melakukan asuhan perawatan pada pasien CVA. Juga dapat digunakan dalam bahan pertimbangan jika saat diruma sakit menemui pasien dengan penyakit yang sama. Penulis memintaa maaf dikarenakan penulis memiliki kekurangan tidak ikut membantu dalam perawatann diri klien, seharusnya penulis ikut serta membantu melakukan perawatan diri kepada klien.

5.2.4 Bagi Peneliti selanjutnya

Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan panduan dalam melakukan penelitian selanjutnya, yang mana terdapat beberapa kekurangan

dari peneliti sebelumnya dalam pengambilan data. Adanya kendala seperti pembagian waktu dalam melakukan penelitian, peneliti hanya melakukan penelitian pada sift pagi karena pembagian waktu dengan praktik klinik Rumah Sakit. Sehingga peneliti tidak bisa melakukan penelitian selama 24 jam hal tersebut peneliti tidak mengikuti beberapa pemberian terapi obat dan tindakan keperawatan lainnya. Dari hal diharapkan penelitian selanjutnya akan lebih baik dengan metode penelitian yang berbeda dan menggunakan teori terbaru.

5.2.5 Bagi Klien

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

DAFTAR PUSTAKA

- Harianja, E. S., A. & S., 2023. KUALITAS TIDUR DAN KEPARAHAN CVA ISKEMIK. *Nursing Update*, pp. 1-9.
- I., Wulandari, D. & Niningasih, R., 2023. PENGARUH TERAPI MUSIK DAN TERAPI MUROTAL ALQURAN SECARA AUDIOVISUAL TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT DAN PENURUNAN KECEMASAN PADA PASIEN CVA MENJALANI LATIHAN ROM PASIF DIRUANG UNIT STROKE RSUD DR. SOEDOMO TRENGGALEK. *Jurnal Keperawatan Terapan*, pp. 1-6.
- Makarim, d. F. R., 2023. Jangan Main-Main dengan CVA Ringan, Ini 4 Cara Mengatasinya. *Halodoc*.
- Meliana, SpS, d. D., 2023. Waspada! Penyakit CVA dapat Menyebabkan Kematian. *Siloam Hospital*.
- Miftahussurur, M., 2024. *Model Prognostik Kematian Akibat CVA di Rumah Sakit*. [Online]
Available at: <https://unair.ac.id/model-prognostik-kematian-akibat-CVA-iskemik-di-rumah-sakit/>
[Accessed 6 Januari 2025].
- Mutiarasari, D., 2019. ISCHEMIC CVA: SYMPTOMS, RISK FACTORS, AND PREVENTION. *MEDIKA TADULAKO, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, p. 14.
- Nisa, I. S., 2020. RANGE OF MOTION (ROM).
- Nizar, A. M., F. & Murniati, A., n.d. PENINGKATAN TEKANAN DARAH SEBAGAI FAKTOR PREDIKSI. *Jurnal Penelitian Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban*, p. 8.
- PPNI (2017) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : I. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia. I. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Pratama, M. D., 2018. ANALISIS BIAYA TERAPI CVA ISKEMIK. p. 155.
- Purwandari, dkk, N. P., 2024. GAMBARAN TINGKAT AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN. *Jurnal Profesi Keperawatan*, p. 10.
- Putri, A. A. N., 2023. GAMBARAN EPIDEMIOLOGI CVA DI JAWA TIMUR TAHUN 2019-2021. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.

Putri, A. A. N., 2023. GAMBARAN EPIDEMIOLOGI CVA DI JAWA TIMUR TAHUN 2019-2021. pp. 1-8.

R., 2023. Waspada CVA. *MediaKom*.

Register Rawat Inap 2022, N. 2024 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. KTI Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Togubu, F. N., Korompis , G. E. C. & Kaunang, W. P. J., 2019. FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENDOKUMENTASIAN. *Jurnal KESMAS*, p.

pp. Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2017), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia .

U. J., 2020. *Pendahuluan CVA*. [Online] Available at: <http://repository.unmuhjember.ac.id/8653/3/BAB%201.pdf>

Utami, N., Suhardianty, N. S. & Wati, N. L., 2020. PERSEPSI PASIEN CVA TERHADAP PERAN PERAWAT. *Poltekes TNI AU Ciumbuleuit Bandung*, p. 8.

Wahyuni , A. T. & Pratama, J. E., 2019. PROFIL TERAPI PASIEN CVA DI INSTALASI RAWAT JALAN.

Yuswantoro, E., Christiani, M. & Prihantono, J., 2023. STUDI RESIKO KEJADIAN CVA PADA PENDERITA. *Jurnal Keperawatan Terapan* , pp. 1-9.

Dedi setiawan, A. barkah (2022) ‘Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Pasca Stroke Dalam Melakukan Latihan Fisioterapi Di Rs Sukmul Sisma Medika Jakarta Utara Tahun 2022’, *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 4, p. 54. Available at:

<https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/2851964>.

Suryowati, E. (2024, November 2). *Prevalensi Stroke di Jatim di Atas Rata-rata Nasional, Rutin Cek Segitiga dan Olah Raga Lima Kali Seminggu Bisa Turunkan Risiko*. Retrieved from Jawa Pos: <https://www.jawapos.com/kesehatan/015266950/prevalensi-stroke-di-jatim-di-atas-rata-rata-nasional-rutin-cek-segitiga-dan-olah-raga-lima-kali-seminggu-bisa-turunkan-risiko>

Tarmizi, S. N. (2024, OKTOBER 29). *Kemenkes: Tren Kasus Stroke Alami Peningkatan dan Jadi Penyebab Kematian Tertinggi*. Retrieved from TEMPO.CO, JAKARTA: <https://www.tempo.co/politik/kemenkes-tren-kasus-stroke-alami-peningkatan-dan-jadi-penyebab-kematian-tertinggi-1161217>

Lampiran 1



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Zanvira Dwi Anggraeni

NIM : P17240223051

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Nama Pembimbing : Ns.Ixora, S.Kep., M.Kep.

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	21/01/2025	- Pengajuan judul - Penentuan tema penelitian sesuai dengan angka kejadian kasus yang sesuai sekarang - Lanjutkan bab 1	
2	22/01/2025	- Revisi bab 1 latar belakang - Lanjutkan tujuan, batasan masalah - Tambahkan justifikasi, prevalensi stroke pada tahun 2023/2024 - Tambah daftar pustaka	
3	23/01/2025	- Bab 1 ACC - Lanjut Bab 2	
4	24/01/2025	- Bab 2 revisi Patofisiologis (uraian) - Tambahkan daftar pustaka	

5	25/01/2025	- Bab 2 ACC - Lanjut Bab 3	
6	26/01/2025	- Perhatikan batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu dan lengkapi daftar pustaka - Bab 3 ACC - Lengkapi daftar tabel, daftar gambar, daftar istilah, daftar singkatan - Lengkapi lampiran informed consent, instrumen penelitian, format Askep KMB - Siapkan PPT Sempro	
7.	28/01/2025	Acc Siapkan Sempro	
8.	16/04/2025	1) Revisi penulisan table 2) Revisi Analisa data untuk data subyektif & obyektif 3) Revisi daftar pustaka : gunakan dapus 10 tahun terakhir	
9.	21/4/2025	1) Revisi abstrak 2) Siapkan PPT	
10.	22/4/2025	1) ACC 2) Siapkan Semhas	
11.	09/05/2025	1) Benahi implementasi 2) Ganti tanggal penelitian	
12	15/05/2025	1) ACC KTI	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Zelvira Dwi Anggraeni
 NIM : P17240223051
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA di
 Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo
 Trenggalek
 Nama Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	03 – 02 – 2025	• Batasan masalah diganti CVA Infark • Benahi Penomoran • Perhatikan kalimat yang salah • Benahi penelitian kutipan • Benahi Partisipan	
2	10 – 02 – 2025	ACC Lanjutkan penelitian	

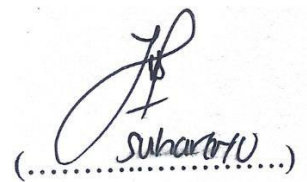
3	09-05-2025	- Perbaiki konsep diagnose gangguan perfusi jaringan serebral - Penomoran implementasi, planning sesuai penomoran intervensi - Perbaiki pembahasan pada kesenjangan nervus cranialis -	
4	15-5-2025	- Perbaiki PQIRST harus dijabarkan - Perbaiki catatan perkembangan - ACC KTI	

*Lampiran 2***LEMBAR PERSETUJUAN****(INFORMED CONCENT)**

Saya wakil / pasien yang telah membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang Bernama ZANVIRA DWI ANGGRAENI yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan menyetujui apabila saya dijadikan responden dan saya sebagai wakil bersedia menandatangani surat persetujuan ini

Trenggalek,

2025



(.....)

Lampiran 3

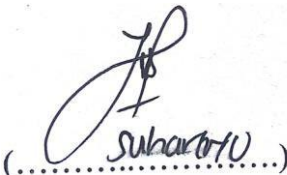
LEMBAR INFORMED CONSENT

Nama saya Zanvira Dwi Anggraeni adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipan Kliensebagai responden dala penelitionsaya yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CVA DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban anda yang diberikan sesuai dengan keluhan yang Klienrasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang Klienberikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa Klientelah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitianini.

Nama : Suharto

Tanda Tangan : (11 Maret 2025)



(.....)

Lampiran 4



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

Trenggalek, 04 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 66 /406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

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

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/52/2025 tanggal 18 Februari 2025
 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada
 prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama	: ZANVIRA DWI ANGGRAENI
NIM	: P17240223051
Program Studi	: D-III Keperawatan
Institusi Asal	: Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA di Ruang Unit
 Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai
 berikut:

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid. Pencegahan, Pengendalian

SUJONO, SST, M.Kes
 Pembina
 NIP. 19741020 199603 1 003

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

Lampiran 5



Kemenkes
Poltekkes Malang

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Poltekkes Kesehatan Malang
Jl. Sekeloa Timur No. 74
Malang 64114 Telp. (0471) 411111
Fax (0471) 411112

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/52/2025
Lamp. : 1 (satu) lembar

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	: ZANVIRA DWM ANGGRAENI
NIM	: P17240223051
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

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

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

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

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

N I M : _____

POLTEKKES KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

Jl. Dr. Soetomo No. 5 Telp. (0355) 791293 Kode Pos 66312

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

144

- 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 Haryim 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> Email :
 direktorat@poltekkes-malang.ac.id

FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

- Nama : Tn. R
- Jenis kelamin : Laki - Laki
- Umur : 75 tahun
- Status perkawinan : Kawin
- Pekerjaan : Petani
- Agama : Islam
- Pendidikan terakhir : SD
- Alamat : Dongio, Trenggalek
- Tanggal/jam MRS : 09 Maret 2025 jam 11.00 WIB
- Tanggal/jam pengkajian : 11 Maret 2025 jam 16.00 WIB

2. DIAGNOSA MEDIS : CVA Infark

- 3. KELUHAN UTAMA :** Saat MRS : keluarga klien mengatakan klien sempat mengeluh pusing dan badan klien tiba-tiba lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan dan lemas digerakkan bicara cadel ; Saat Perawatan : keluarga klien mengatakan tangan dan kaki klien sebelah kanan dan linah digerakkan, kesulitan bicara, klien
- 4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (PQRST) masih pusing.**
 keluarga klien mengatakan klien sempat mengeluh pusing dan tiba-tiba berbicara cadel dan terdapat kelemahan pada tubuh bagian kanan terutama dibawah ke Pustrenas Dongio pada tanggal 09 Maret 2025 jam 11.00 WIB lalu diantar ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek sampai di Rs Sekitar jam 11.00 WIB saat dilakukan pengkajian di RS klien kesulitan berbicara. Pada jam 15.00 WIB, klien dipindahkan ruang ke Ruang Unit Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Maret 2025 jam 16.00 WIB, keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien dan linah digerakkan, kesulitan bicara dan saat ditanya klien menjawab dengan bergumam. Fisik klien Akhir dgn
 GCS 4/5

c.	Pola istirahat / tidur	keluarga Elen mengatakan saat di rumah Elen tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB. Elen mengatakan jarang tidur siang.	keluarga Elen mengatakan selama di rumah sakit, Elen mengatakan tidur siang pukul 13.00 - 15.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 - 05.00 WIB.
d.	Kebersihan diri	keluarga Elen mengatakan saat di rumah Elen mandi 2x sehari, pagi dan sore, dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keamias 2 hari sekali.	keluarga Elen mengatakan selama di rumah sakit Elen hanya disibin dan diganti baju 2x sehari, pagi dan sore dibantu oleh keluarga. keluarga mengatakan selama di rumah sakit Elen belum sikat gigi hanya berkumur dengan listenne. Selain itu Elen selama di rumah sakit belum keamias.

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri

Gambaran diri / Citra diri : Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini

Ideal diri : Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini

Harga diri : Klien saat ini merasa kurang dengan tetangga

Peran : Klien berperan sebagai seorang ayah dan tawar

Identitas diri : Klien bernama Tn. S berusia 35 tahun, jenis kelamin laki-laki, seorang ayah dari anaknya dan seorang suami dari cucu cerdang, ia tinggal di Subang Kabupaten Karawang.

B. Pola peran hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan Klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain

C. Pola seksual

Klien merupakan seorang ayah dan memiliki 1 orang anak, 1 orang perempuan dan 1 orang laki-laki

D. Pola mekanisme koping

Klien mengatakan apabila ada masalah Klien selalu cerita ke anak-anaknya untuk mencari jalan keluar.

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :

Status mental : Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik.

Pola komunikasi : Klien menggunakan bahasa jawa, binao tlim sedikit cendel. Klien dapat memahami tujuan

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

Klien beragama Islam. sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti sholat, klien terhidat & washu. Saat di RUMAH SAKIT klien berdoa kepada Allah SWT agar segera sembuh

10. PEMERIKSAAN FISIK

(a) Kadaan umum :

Kadaan umum lemah. Kesadaran Compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kanan.

(b) Tanda – tanda vital :

Suhu tubuh : 36.5

Nadi : 103 x/menit

Tekanan darah : 183/105 mmHg

Respirasi : 20 x/menit

SpO2 : 99%

c. Pemeriksaan kepala dan leher

1. Kepala dan rambut

a) Bentuk kepala : oval, pertebalan rambut merata, rambut putih merata

Warna uban : di tengah

Kulit kepala : berminyak, tidak ada benjolan

b) Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut : penyebaran rambut merata, warna rambut putih merata karena uban

Bau : sedikit bau

Warna : putih merata dikepalaan uban

- c) Wajah : wajah tidak simetris
 Warna kulit : warna kulit sawo matang
 Struktur wajah : tidak simetris

2. Mata

- a) Kelengkapan dan kesimetrisan : Simetris kanan kiri, tidak ada juling
- b) Kelopak mata (Palpebra) : tidak ada kelainan
- c) Konjungtiva dan sclera : Konjungtiva merah muda
- d) Pupil : pupil isokor, mengecil ketika diberi rangsangan cahaya (miosis)
- e) Kornea dan iris : tidak ada peradangan, jernih, iris berwarna kecoklatan
- f) Pergerakan bola mata : tidak ada kelainan, mengikuti arah objek tangan pemeriksa. Ia dapat kanan kiri, atas bawah dan samping atas, samping bawah
- g) Ketajaman penglihatan / visus *) : klien tidak memakai alat bantu penglihatan
- h) Medan penglihatan : klien mampu melihat dengan jelas
- i) Tekanan bola mata *) : tidak ada nyeri tekan

3. Hidung

- a) Tulang hidung dan posisi septum nasi : Simetris, tulang hidung dan septum nasi berada ditengah
- b) Lubang hidung : Lubang hidung 2 dan bersih
 tidak terdapat sumbatan, tidak terdapat nyeri tekan
 tidak ada perdarahan, mampu membedakan bau
- c) Cuping hidung : tidak terdapat peradangan cuping hidung

4. Telinga

- a) Bentuk telinga : Simetris kanan dan kiri, tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan
- b) Ukuran telinga : ukuran telinga sama antara kanan dan kiri, tidak ada kelainan
- c) Lubang telinga : lubang telinga besarnya sama, keadaan telinga bersih
- d) Pemeriksaan pendengaran : tidak terdapat gangguan pendengaran, mampu mendengar dengan jelas

5. Mulut dan faring

- a) Keadaan bibir : Bibir tidak simetris, berwarna pink kehitaman, tidak kering dan tidak pucat
- b) Keadaan gusi dan gigi : gusi berwarna pink, terdapat koloten gigi, gigi tidak ada yang tanggal, tidak terdapat karang gigi, tidak membatasi gigi pasangan.
- c) Keadaan lidah : mampu menjulurkan lidah tapi hanya sedikit.
- d) Faring : tidak berada di tengah tidak terdapat peradangan.

6. Leher :

- a) Posisi trakea : lefak berada ditengah
- b) Tiroid : tidak terdapat pembengkakan kelenjar tiroid
- c) Suara ucapan : Suara dan ucapan klien terdengar Purang jelas karena sadar
- d) Kelenjar lympho : tidak terdapat pembengkakan
- e) Vena jugularis : tidak terdapat pembengkakan
- f) Denyut nadi carotis : ada dan teraba denyut nadi carotis

d. Pemeriksaan integumen :

- Inspeksi : kulit berwarna sawo matang, tenut, tidak terdapat lek. kulit tampak lembab
- Palpasi : Turgor kulit kembali < 3 detik, akral dingin. CRT < 3 detik, suhu tubuh 36.5

e. Pemeriksaan dada / thorax :

7. Pemeriksaan Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : letak cordis teraba di ICS 5, frekuensi nadi 100 x/menit

Perkusi : Suara jantung pekak

Auskultasi : Suara jantung lup dup

8. Pemeriksaan Paru

Inspeksi : bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercosta

Palpasi : Vocal fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri

Perkusi : Suara paru sonor

Auskultasi : tidak mendengar suara nafas tambahan

f. Pemeriksaan payudara :

Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, areola berwarna kecoklatan
 Palpasi : tidak teraba adanya benjolan

g. Abdomen :

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

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

Perkusi : terdengar suara Tympani

Palpasi : bising usus terdengar 8x/menit

h. Genitalia :

Inspeksi : tidak ada luka, tidak terdapat kolesiter, tidak ada masalah
 buang air kecil / ekskresi urine.

Palpasi : tidak ada benjolan

i. Ekstremitas :

Inspeksi : tidak ada lesi

Palpasi : ekstremitas bagian bawah

$$\frac{5}{3} \frac{2}{2}$$

II. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Tingkat Kesadaran/GCS:

Kesadaran Coma lebih GCS 4-5-6

Kemampuan sensorik :

Sensasi nyeri (+)

sensasi panas dan dingin (+)

Penciuman (+)

Kemampuan motorik :

Manipulasi pada bagian jari

Reflek :

a) Reflek fisiologis :

- Triceps (+) (+)

- Biceps (+) (-)

- Patella (+) (-)

b) Refleks patologis :

Babinski (-) (+)

Chaddock (-) (+)

Nervus cranialis :

- a) Nervus I (Olfaktorius) : Reaksi klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih
- b) Nervus II (Optikus) : Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kaca mata, klien dapat melihat tulisan pada dinding
- c) Nervus III (Oculomotorius) : Pupil miotik (mampu mengerit saat terkena rangsangan cahaya)
- d) Nervus IV (Troclearis) : Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah
- e) Nervus V (Trigeminus) : Reflek berkedip klien positif
- f) Nervus VI (Abducen) : Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri
- g) Nervus VII (Fasialis) : Tidak klien sedikit tidak simetris
- h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) : Fungsi pendengaran baik
- i) Nervus IX (Glosafaringeus) : Klien mengalami kesulitan bicara (cedal), klien masih mampu membedakan rasa makanan
- j) Nervus X (Vagus) : Klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan
- k) Nervus XI (Aksesorius) : Klien mampu menggerakan kepala dan bahu setelah bangun
- l) Nervus XII (Hipoglossus) : Klien mampu sedikit menggerakkan lidah

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

7) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap				
Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
10 Maret 2025	Hemoglobin	13.6	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	L 41.4	%	42.0-51.0
	Lekosit	7.5	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.5
	Trombosit	254	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Eritrosit	4.59	Juta/ μL	3.50-4.76
	MCV	90.1	fL	78.0-100.0
	MCH	L 29.7	pg	31.0-37.0
	MCHC	L 32.9	g/dL	37.0-54.0
	RDW-CV	12.8	%	11.0-16.0
	RDW-SD	41.2	fL	37.0-54.0
	PDW	16.3	fL	9.0-17.0
	Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	Eosinofil#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	<0.7
	Neutrofil#	5.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6

Limfosit#	1.6	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
Monosit#	0.6	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
Glukosa Darah	145	mg/dL	<180.0
Kolesterol	H 205	mg/dL	140 – 200

b) CT Scan kepa tanpa kontras (10/03/2025 jam 19:55)

1. Tampak lesi hypodense batas tegas pada regio parieto-frontal kiri disertai MCA dense sign kiri
2. Sulci lebar dan dalam
3. System ventrikel dan cisterna normal
4. Pons dan cerebellum normal
5. Tampak kalsifikasi MCA kanan kiri
6. Tak tampak deviasi midline
7. Ukuran bulbus oculi kiri mengecil disertai multiple kalsifikasi di dalamnya
8. Mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tampak kelainan
9. Calvaria normal
10. Tak tampak proses osteolitik/osteoblastic

Kesimpulan :

1. Chronic tromboemboli pada territory MCA kiri
2. Atherosclerosis MCA kanan kiri
3. Pthsis bulbis kiri

c) Thorax PA/AP (11/03/2025 jam 08:23)

1. Elongasi aorta
2. Pulmo tak tampak perselubungan/ nodul
3. Kedua hilus tak menebal
4. Sinus phrenicocostalis
5. Diaphragma, costae dan soft tissue normal
6. Dextroscoliosis Thoracalis

Kesimpulan :

1. Elongasi aorta
2. Pulmo normal
3. Dextroscoliosis Thoracalis

d) Kimia Klinik

Tabel 4.8 Kimia Klinik

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	21.1	u/L	10.0-40.0
SGPT	11.7	u/L	10.0-55.0
UREUM	35.4	mg/dL	15.0-45.0
CREATININ	1.0	mg/dL	0.9-1.3

1) Penatalaksanaan (Terapi/ Pengobatan)

Tabel 4.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rate
11 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
12 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
13 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. S

UMUR : 71 tahun

NO. REGISTER :

RUANG : Unit Stroke

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Da: - px terdapat kepalanya masih pusing - px mengalami ^{menyakitkan} ~~kesulitan~~ kedua kakinya lemah Do: - keadaan umum lemah - kesadaran composmentis GCS 4-5-6 - Akral terasa dingin - TTV : - TD: 115/85 mmHg - HA: 102 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,5 °C - SpO₂: 99% - Hasil CT-Scan	Gangguan perfusi jaringan serebral	Defisit neurologis ↓ Tik meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan vaskular cerebral

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn S

UMUR : 35

NO. REGISTER :

RUANG : UT

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1-	Da: Px mengatakan badan terasa lemas dan sulit digerakkan Do: - Keadaan umum lemah - Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - ADL dibantu keluarga dan prauat - BAK menggunakan popok - Personal hygiene: disibin, dibantu baia oleh keluarga - Reflek fisiologis: - Trisep (+) (-) - Bisep (+) (-) - Palda (+) (-) - Reflek patologis: - Babinski (-) (+) - Chaddock (-) (+) Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 2 \\ \hline 1 & 1 \end{array}$	Gangguan mobilitas pas	Defisit neurologis ↓ Kehilangan Kontrol Volunter ↓ Hemiparesis / hemiplegia

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Pg. klien mengatakan bicara sedikit sulit Do: - k/a lemah - GCS 4-5-6 - Bicara sulit dimengerti - Bilir. tidak simetris - Hemiparesis	Gangguan komunikasi Verbal	Defisit neurologis ↓ Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓ Disartria

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1	10 Maret 2025	Gangguan Refraksi Jantung sebelah kiri dengan defisit Neurologi	12 Maret 2025	

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
2	10 Maret 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan bekuan darah	12 Maret 2025	

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :
 UMUR :
 NO. REGISTER :
 RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
3.	10 Maret 2021	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	12 Maret 2021	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC (Logis)	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1.	18/25/03	(D 0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 24 jam diharapkan papir pusingan integral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata meningkat 5. Tekanan intrakranial membaik.	Observasi : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK. (mis: lesi menempati ruang gajag, misokulisme, edema serebrum, peningkatan kuantitas vena, distorsi, Calsion sadiocephal, hipertensi intrakranial idiopatik) 2) Monitor penurunan tekanan intrakranial. 3) Monitor irigularitas sama nafar. 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran. Tindakan : 5) Pertahankan ventilasi sistem peredaran darah. 6) Pertahankan posisi kepala dan leher netral. 7) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien. 8) Dokumentasikan hasil pemantauan edukasi. 9) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 10) Informasikan hasil pemantauan jika perlu.	1) Untuk mengetahui peningkatan TIK. 2) Untuk mengetahui faktor penyebab. 3) Untuk mengetahui sama nafar. 4) Untuk mengetahui perkembangan penyakit. 5) Untuk memastikan sistem peredaran steril. 6) Untuk mencegah timbulnya peningkatan tekanan intrakranial. 7) Agar dapat memahami kondisi pasien secara bertahap. 8) Agar dapat melakukan pemantauan tindakan asuhan keperawatan selanjutnya. 9) Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kesalahan. 10) Supaya pasien dan keluarga mengetahui tindakan yang akan dilakukan dan pengetahuan yang didapatkan.	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
2.	8/15/03	P. 0034	Desain dilakukan tindakan keperawatan 24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuan, dengan kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontaktur sendi 2) Berkontakturasi dengan alat 3) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	definisi 1). Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2). Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi Tindakan 1). Fasilitas melakukan pergerakan jika perlu 2). Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1). Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi 2). Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3). Anjurkan mobilisasi sederhana (surg. duduk di tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur)	1). Untuk mengetahui adanya keluhan fisik lainnya 2). Untuk mengetahui gerakan saja yang diperbolehkan 3). Untuk mengetahui faktor umum saat melakukan mobilisasi 4). Agar mempermudah klien dalam mobilisasi 5). Agar mempermudah klien dalam mobilisasi 6). Agar mempermudah klien dalam mobilisasi 7). Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur dalam mobilisasi 8). Agar klien berbinasa dalam mobilisasi 9). Agar klien dan keluarga mengetahui cara mobilisasi	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan
3.	8/25/07	D. 0119	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 30 jam diharapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal dengan bahasa awal: 1). Keluarga mengungkapkan perasaan yang dialami berkecemasan 2). Klien berkomunikasi dengan jelas 3). Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang-ulang yang sama	observasi: 1) Monitor kecemasan, letak, kualitas, volume, dan diksi bicara 2) Monitor proses komunikasi, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi kelompok 4) Gerakan media komunikasi alternatif (mis. menulis, atau keyboard, gambar/gambar dan lain-lain) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologi Edukasi: 7) Anjurkan bicara perlahan Kolaborasi: 8) Rujuk ke Ahli patologi bicara atau terapi		

EVALUASI

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	11 Maret 2023	
	Jam	Akhir Shift
Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	20.00	S : - Kesadaran klien apatis GCS 4-2-5 P : Klien merasa pusing saat dibuat bergerak Q: Klien merasa pusing cunut-cunut R: Klien merasa pusing pada bagian kepala depan S: Pusing terasa sedikit berat T: Pusing sewaktu-waktu O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran 4-2-5 - CRT < 3 detik - Akral terasa hangat - Turgor Kulit < 3 detik - TTV - TD : 178/75 mmHg - N : 63x/menit - RR : 20 x/ menit - S : 36,2 °C - Spo2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1). Memonitor kesadaran klien 2). Mengidentifikasi keluhan pusing klien

CATATAN PERKEMBANGAN

4.1.8 Catatan Perkembangan

Diagnosa	12 Maret 2025	13 Maret 2025
I	S : Keasadaran klien apatis GCS 4-2-5 P : Klien merasa pusing sudah sedikit berkurang saat dibuat bergerak Q. Klien merasa sudah tidak cemet - cemet R: Klien merasa sudah berkurang pusingnya pada bagian kepala depan S: Pusing terasa sudah tidak berat T: Pusing mulai berkurang O : - Keasadaran umum lemah - Keasadaran apatis - CRT < 3 detik - Akral terasa hangat - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD : 181/72 mmHg N : 72x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Mengkaji tingkat kesadaran dan GCS - Mengukur tanda - tanda vital	S : Keasadaran Klien composmetis GCS 4-3-5 P Klien merasa pusing sudah berkurang saat dibuat bergerak Q. Klien merasa sudah tidak cemet - cemet R: Klien merasa sudah berkurang pusingnya pada bagian kepala depan S: Pusing terasa sudah tidak berat T: Pusing berkurang O : - Keadaan umum cukup - Keadaan CM GCS 4-3-5 - Akral terasa hangat - CRT < 3 detik - Turgor kulit normal < 3 detik TD : 153/72 mmHg N : 61x/menit RR : 20 x/menit S : 36,3 °C Spo2 : 99% A : Masalah teratasi sebagian - Peningkatan TIK tidak ada - Gangguan lebih lanjut tidak ada P : Hentikan intervensi klien pulang