

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CEREBRO
VASCULAR ACCIDENT (CVA)***

(Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)



OLEH :

FIRDATUL HOSNAINI
256410016

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2026**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CEREBRO*
*VASCULAR ACCIDENT (CVA)***

(Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
pada Program studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Oleh :

Firdatul Hosnaini
256410016

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2026**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa tugas akhir ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Jombang, 05 Maret 2026

Yang Menyatakan,



Firdatul Hosnaini

256410016

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Firdatul Hosnaini

NIM : 256410016

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)”

merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah hasil karya penelitian penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis. Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya siap diproses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 05 Maret 2026

Yang menyatakan

Peneliti



Firdatul Hosnaini

256410016

MOTTO

“Hidup adalah perjalanan tanpa akhir, dunia ini menghargai orang yang mengetahui arah hidupnya. Hidup adalah pertarungan, jadilah pemenangnya! Kamu lebih kuat dari ketakutanmu”.

(Paquito)

“Nothing lasts forever, we can change the future.”

(Tidak ada yang abadi, kita bisa mengubah masa depan)

(Alucard)

“Untuk mengubah dunia, mulai dengan mengubah dirimu sendiri”.

(Eudora)

“Penyesalan terbesar itu saat kamu tidak berani mencoba”.

(Irithel)

“Setidaknya kau sudah mencobanya, ya walau kau belum berhasil kan?”

(Mathilda)

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

Nama Mahasiswa : Firdatul Hosnaini

NIM : 256410016

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

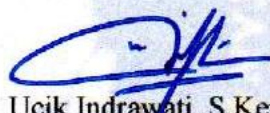
PADA TANGGAL 22 JANUARI 2026

Pembimbing Ketua

Pembimbing Anggota


Dr. Auliasari Siskaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIDN. 0730059024


Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIDN. 0716048102

Mengetahui

Dekan Fakultas Kesehatan

Ketua Program Studi


Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIDN. 0723048301


Dwi Prasetyaningati, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIDN. 0708098201

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Karya Ilmiah Akhir ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Firdatul Hosnaini
NIM : 256410016
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji
dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
pendidikan pada Program Studi Profesi Ners
pada Tanggal 28 Januari 2026

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Dwi Prasetyaningati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Penguji 1 : Dr. Auliasari Siskaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep.
Penguji 2 : Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada tanggal : 28 Januari 2026

Mengetahui

Dekan Fakultas Kesehatan

Ketua Program Studi


Inayatun Rasvidah, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 0723048301


Dwi Prasetyaningati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 0708098201

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)”. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si., Med. Sci., Ph.D. selaku Rektor ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan, Ibu Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Ibu Dwi Prasetyaningati, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Profesi Ners dan Dewan Penguji Utama, Ibu Dr. Auliasari Siskaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep. dan Ibu Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku pembimbing yang telah sabar membimbing peneliti untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.

Saya sadari bahwa akhir ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Jombang, 05 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL LUAR	
SAMPUL DALAM	i
SURAT PERNYATAAN	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	iii
MOTTO	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	v
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.4 Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep CVA.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
BAB 3 METODE PENELITIAN	45
3.1 Desain Penelitian	45
3.2 Batasan Istilah	45
3.3 Partisipan	45
3.4 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	46
3.5 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	46
3.6 Uji Keabsahan Data.....	47
3.7 Analisis Data	47
3.8 Etika Penelitian.....	48
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	49
4.1 Hasil.....	49
4.2 Pembahasan	72
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	88
5.1 Kesimpulan.....	88
5.2 Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	91
LAMPIRAN	94

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Fungsi saraf kranial dan jenisnya.....	12
Tabel 2. 2 Diagnosa keperawatan	29
Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan	35
Tabel 4. 1 Aktivitas dan latihan	52
Tabel 4. 2 Pemeriksaan CT Scan kepala.....	56
Tabel 4. 3 pemeriksaan foto thoraks	56
Tabel 4. 4 Pemeriksaan darah lengkap.....	56
Tabel 4. 5 Terapi Mmedik.....	57
Tabel 4. 6 Analisa data pasien.....	58
Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan	59
Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan.....	61
Tabel 4. 9 Evaluasi keperawatan.....	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Otak.....	5
Gambar 2. 3 <i>Pathway Cerebro Vascular Accident (CVA)</i>	19



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal kegiatan.....	94
Lampiran 2 Lembar penjelasan penelitian	95
Lampiran 3 Lembar <i>informed consent</i>	96
Lampiran 4 Format asuhan keperawatan kritis	97
Lampiran 5 Surat pengantar penelitian	111
Lampiran 6 Surat ijin penelitian.....	112
Lampiran 7 Surat pernyataan etik	113
Lampiran 8 Surat selesai penelitian	114
Lampiran 9 Lembar bimbingan KIA pembimbing 1	115
Lampiran 10 Lembar bimbingan KIA pembimbing 2	116
Lampiran 11 Dokumentasi.....	117
Lampiran 12 Surat pernyataan pengecekan judul	118
Lampiran 13 Surat keterangan bebas plagiasi.....	119
Lampiran 14 <i>Digital receipt</i>	120
Lampiran 15 Persentase turnitin.....	121
Lampiran 16 Surat pernyataan kesediaan unggah.....	122

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Lambang

%	: Persentase
&	: Dan
/	: Atau
≥	: Lebih dari sama dengan
≤	: Kurang dari sama dengan
<	: Kurang dari
°	: Derajat
°C	: Derajat celcius

Daftar singkatan

RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
ITSKes	: Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
ICMe	: Insan Cendekia Medika
AHA	: <i>American Health Association</i>
CVA	: <i>Cerebro Vascular Accident</i>
ICH	: <i>Intracerebral Hemorrhage</i>
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
DM	: Diabetes Mellitus
ADL	: <i>Activity and Daily Living</i>
ESR	: <i>Erythrocyte Sedimentation Rate</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
PTIK	: Peningkatan Tekanan Intrakranial
CSS	: Cairan serebrospinal
CT-Scan	: <i>Computed Tomography Scan</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
EEG	: <i>Electroencephalogram</i>
PET	: <i>Positron Emission Tomography</i>
ARB	: <i>Angiotensin Receptor Blocker</i>
ACE	: <i>Angiotensin-Converting Enzyme</i>
RTPA	: <i>Recombinant Tissue Plasminogen Activator</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
O2	: Oksigen
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
NGT	: <i>Nasogatric Tube</i>
USG	: <i>Ultrasonography</i>
ATP	: <i>Adenosina Trifosfat</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
IRT	: Ibu Rumah Tangga
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Dasar
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
HCU	: <i>High Care Unit</i>
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CEREBRO VASCULAR ACCIDENT* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

Oleh :

Firdatul Hosnaini, Auliasari Siskaningrum, Ucik Indrawati

Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes ICMe Jombang

Email : firdaaja2004@gmail.com

Pendahuluan : *Cerebro Vascular Accident* (CVA) merupakan masalah kesehatan serius yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian, sehingga memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif. Penulisan karya ilmiah akhir ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien CVA di Ruang Abimanyu RSUD Jombang. **Metode :** Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil :** Pengkajian pada pasien muncul tanda dan gejala CVA seperti kelemahan gerak pada ekstremitas kanan, disartria, keluhan pusing, riwayat hipertensi sebelumnya, hasil pemeriksaan gula darah dan kolesterol diluar batas nilai normal dan hasil CT Scan kepala ditemukan infark pada beberapa area serebral. Resiko perfusi serebral tidak efektif merupakan diagnosa utama, gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosa kedua dan gangguan komunikasi verbal sebagai diagnosa ketiga. Intervensi yang direncanakan meliputi manajemen peningkatan tekanan intrakranial, dukungan mobilisasi, pemantauan neurologis, promosi komunikasi: defisit bicara. Selama 3 hari dilakukan asuhan keperawatan didapatkan perbaikan kondisi pasien dan semua masalah keperawatan dinyatakan teratasi. **Kesimpulan :** Hasil asuhan keperawatan menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien, ditandai dengan penurunan tanda peningkatan tekanan intrakranial, peningkatan kekuatan dan rentang gerak ekstremitas secara bertahap, serta perbaikan kemampuan komunikasi meskipun belum optimal. Implementasi keperawatan seperti pemantauan status neurologis, latihan mobilisasi bertahap, pengaturan posisi, dan stimulasi komunikasi terbukti berperan dalam mendukung proses pemulihan pasien. Perawat diharapkan dapat meningkatkan konsistensi pemantauan dan kolaborasi multidisiplin, serta bagi institusi pendidikan dan peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan jumlah subjek yang lebih luas.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, CVA, Infark.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH CEREBRO VASCULAR ACCIDENT (CVA)

(A Case Study in Abimanyu Ward, Jombang Regional General Hospital)

By:

Firdatul Hosnaini, Auliasari Siskaningrum, Ucik Indrawati

Nursing Profession Program, Faculty of Health Sciences, ITS Kes ICMe Jombang

Email: firdaaja2004@gmail.com

Introduction: Cerebrovascular Accident (CVA) was a serious health problem that could cause disability and death, thus requiring comprehensive nursing care. This final scientific paper aimed to describe the implementation of nursing care for a CVA patient in the Abimanyu Ward of RSUD Jombang. **Methods:** The method used was a case study with a nursing process approach, which included assessment, nursing diagnosis determination, planning, implementation, and evaluation of nursing care. **Results:** The patient assessment revealed signs and symptoms of CVA, such as weakness of movement in the right extremities, dysarthria, complaints of dizziness, a previous history of hypertension, blood glucose and cholesterol levels outside normal limits, and head CT scan results showing infarction in several cerebral areas. The primary nursing diagnosis was risk for ineffective cerebral perfusion, followed by impaired physical mobility as the second diagnosis and impaired verbal communication as the third diagnosis. The planned interventions included increased intracranial pressure management, mobility support, neurological monitoring, and communication promotion for speech deficits. After three days of nursing care, the patient's condition improved, and all nursing problems were considered resolved. **Conclusion:** The results of nursing care showed an improvement in the patient's condition, indicated by a decrease in signs of increased intracranial pressure, a gradual improvement in muscle strength and range of motion of the extremities, and an improvement in communication abilities, although not yet optimal. Nursing implementations such as neurological status monitoring, gradual mobilization exercises, positioning management, and communication stimulation were proven to play an important role in supporting the patient's recovery process. Nurses will be expected to improve the consistency of monitoring and multidisciplinary collaboration, and educational institutions as well as future researchers will be encouraged to develop studies with a larger number of subjects.

Keywords: Nursing care, CVA, Infark.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA tergolong morbiditas degeneratif dengan angka mortalitas yang signifikan serta berdampak pada penurunan kualitas hidup dan produktivitas individu. Penyakit ini menjadi penyebab utama kecacatan dan menempati peringkat ketiga sebagai penyebab kematian di dunia. Oleh karena itu, CVA memerlukan perhatian serius dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan secara komprehensif. CVA seringkali terjadi pada individu yang berusia ≥ 45 tahun karena pada usia tersebut tubuh mulai mengalami perubahan elastisitas pembuluh darah, metabolisme dan penurunan fungsi organ yang meningkatkan risiko CVA (Mauliddiyah dkk., 2022).

Berdasarkan data *American Health Association* (AHA) tahun 2022, Terdapat 7,25 juta kematian akibat CVA di seluruh dunia. Oceania dan Asia Tenggara adalah wilayah dengan angka kematian CVA tertinggi. Di Indonesia terdapat peningkatan kasus CVA, pada tahun 2020 yang semula 12,1% dan di tahun 2021 menjadi 14,9% (Ali dkk., 2023). Data terbaru Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, tercatat 8,3 kasus CVA per 1000 penduduk di atas usia 15 tahun (Kemenkes RI, 2023). Di Jawa Timur, ada 25.174 kasus CVA. Studi pendahuluan di Ruang Abimanyu RSUD Jombang didapatkan sebanyak 1.626 kasus CVA dalam kurun waktu 1 tahun terakhir dengan 1.483 kasus CVA infark dan 143 kasus CVA hemoragik, sedangkan dalam 3 bulan terakhir (Juni 2025-Agustus 2025) didapatkan sebanyak 483 kasus CVA dengan 429 kasus CVA infark dan 54 kasus CVA hemoragik.

Penyebab *Cerebro Vascular Accident* (CVA) berbeda-beda. CVA *bleeding* terjadi karena pembuluh darah otak pecah dan menimbulkan perdarahan, Sementara itu, CVA infark disebabkan timbunan lemak atau kolesterol yang menyebabkan aliran oksigen ke otak terhambat dan mengganggu fungsi jaringannya (Chrisanto dkk., 2022). Hipertensi, kebiasaan merokok, diabetes mellitus, dislipidemia, obesitas, dan konsumsi alkohol adalah faktor penyebab CVA yang bisa diubah. Usia, gender, dan riwayat kesehatan keluarga adalah faktor CVA yang tidak bisa diubah. CVA menyebabkan gangguan fungsi sistem saraf pusat secara fokal maupun global. Gangguan tersebut menimbulkan manifestasi klinis berupa penurunan mobilitas fisik, gangguan keseimbangan, kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas, gangguan bicara termasuk disartria, gangguan penglihatan, serta penurunan tingkat kesadaran. Penderita CVA yang terlambat mendapatkan penanganan atau pertolongan yang tepat, berisiko mengalami komplikasi yang lebih kompleks, salah satunya dapat menyebabkan kecacatan permanen bahkan kematian (Suhliyyah dkk., 2023).

Gaya hidup sehat yang meliputi penghentian kebiasaan merokok, konsumsi makanan bernutrisi tinggi seperti sayuran dan produk organik, serta penghindaran penggunaan obat-obatan tertentu seperti ibuprofen dan obat *antiplatelet* dapat membantu pencegahan terjadinya CVA. Individu dengan riwayat CVA sering mengalami serangan berulang sehingga memerlukan pemeriksaan kesehatan secara rutin di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk memperoleh asuhan keperawatan yang tepat. Penatalaksanaan awal pada pasien CVA meliputi stabilisasi jalan napas dan pernapasan, pemberian posisi kepala head up 30 derajat, pemantauan status

hemodinamika, pemasangan selang *nasogastrik* untuk mencegah aspirasi, pengosongan kandung kemih melalui pemasangan kateter, serta pemeliharaan suhu tubuh dalam batas normal (Mauliddiyah dkk., 2022).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
3. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
5. Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dengan *Cerebrovascular Accident* (CVA) di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

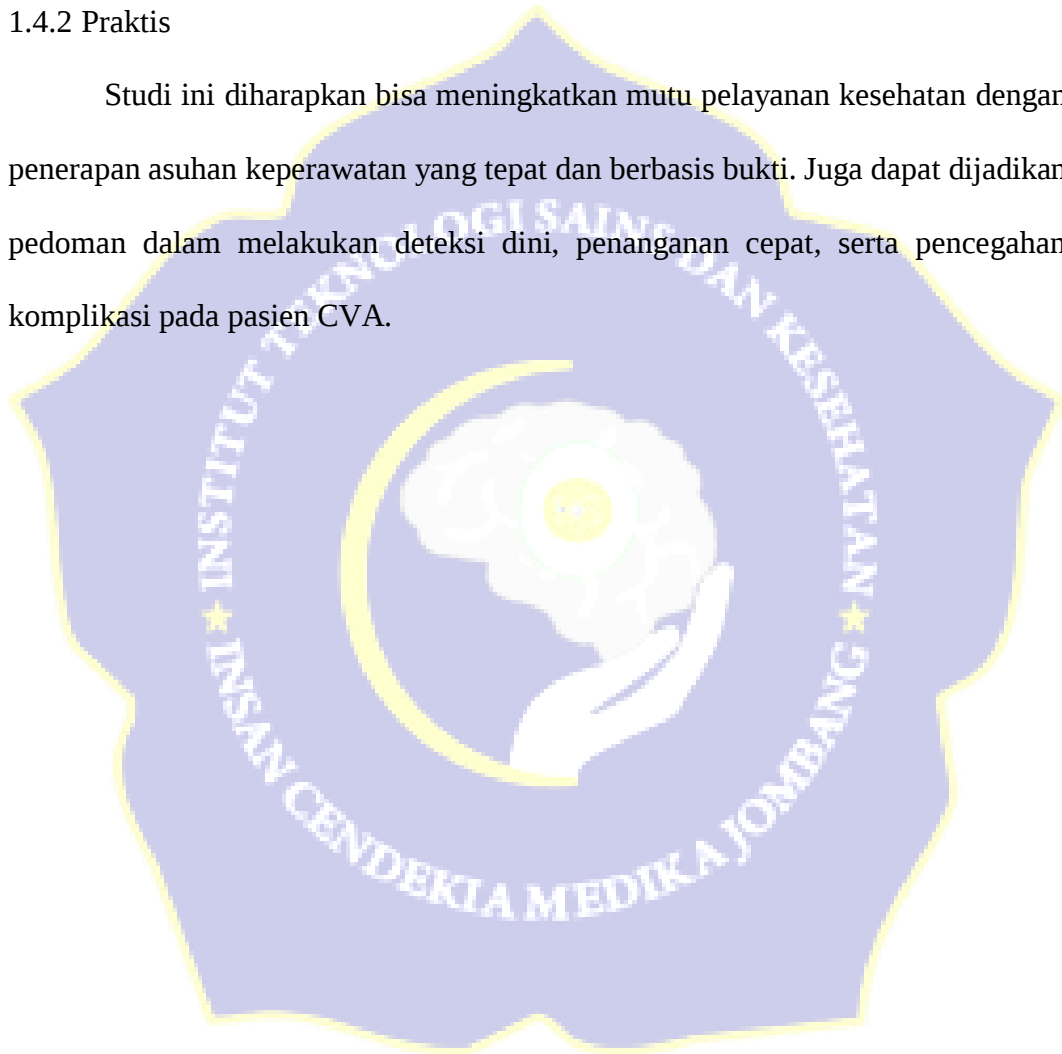
1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Studi ini diharapkan bisa memperkaya intelektual di bidang kesehatan, terkhusus stase medikal bedah, gawat darurat, dan keperawatan kritis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pasien CVA.

1.4.2 Praktis

Studi ini diharapkan bisa meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan penerapan asuhan keperawatan yang tepat dan berbasis bukti. Juga dapat dijadikan pedoman dalam melakukan deteksi dini, penanganan cepat, serta pencegahan komplikasi pada pasien CVA.



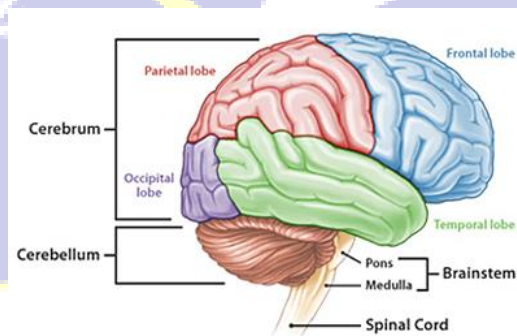
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA

2.1.1 Anatomi dan fisiologi otak

Otak merupakan organ esensial manusia dengan tingkat kompleksitas tinggi serta berperan penting dalam mengatur seluruh aktivitas kehidupan. Struktur otak terdiri dari bagian dengan fungsi spesifik. Otak mengandung miliaran sel saraf (*neuron*) yang saling berhubungan dan didukung oleh jaringan penunjang lainnya. Secara anatomis, otak berhubungan langsung dengan sumsum tulang belakang dan terlindungi oleh tulang tengkorak serta selaput pelindung yang disebut *meninges*. Bersama sumsum tulang belakang, otak bekerja sama membentuk sistem saraf pusat yang bekerja sama dengan sistem saraf tepi yang berperan dalam memungkinkan seseorang menjalankan berbagai fungsi, seperti melakukan pergerakan, berbicara, bernapas, makan, minum, serta menjalankan aktivitas fisiologis lainnya (Azizah, 2021).



Gambar 2. 1 Struktur Otak

1. Struktur otak manusia

Berat rata-rata otak manusia berkisar antara 1.300–1.400 gram atau sekitar $\pm 2\%$ dari keseluruhan berat badan. Secara struktur anatomi, tiga susunan utamanya, yaitu :

a. Otak besar (*Cerebrum*)

Cerebrum berukuran paling besar yang berperan dalam menerima, mengolah, dan menyimpan informasi yang berkaitan dengan proses kognitif, memori, serta emosi. Selain itu, *cerebrum* berfungsi sebagai pusat pengendalian aktivitas motorik dan sensori tubuh. Secara fungsional, hemisfer kiri otak mengendalikan aktivitas tubuh bagian kanan, sedangkan hemisfer kanan mengontrol tubuh bagian kiri. *Cerebrum* terdiri dari:

1) *Cortex cerebri* (*Substansia grisea* / Kulit otak)

Korteks serebri adalah lapisan tipis yang melapisi bagian permukaan otak dan memiliki peranan utama dalam fungsi kognitif tingkat lanjut, termasuk proses berpikir serta kemampuan penalaran rasional. Selain itu, *cortex cerebri* menjadi pusat pengolahan informasi yang berkaitan dengan kesadaran dan pengambilan keputusan. Secara anatomis, *cortex cerebri* tersusun atas empat lobus berikut:

a) Lobus *frontal*

Lobus *frontal* terletak di belakang kening dan berperan penting dalam pengendalian fungsi bicara, aktivitas motorik, emosi, memori, serta perilaku dan kepribadian. Juga berfungsi dalam proses intelektual tingkat tinggi, seperti berpikir logis, penalaran, penyelesaian masalah, perencanaan, dan menetapkan keputusan.

b) Lobus *parietal*

Lobus *parietal* berada di bagian tengah hingga atas otak dan berfungsi dalam pengolahan rangsangan sensorik, mencakup sensasi raba, tekanan, suhu, dan rasa nyeri. Lobus ini turut berperan dalam orientasi spasial, termasuk kemampuan memahami ukuran, bentuk, serta letak suatu objek.

c) Lobus *temporal*

Lobus *temporal* terletak pada sisi lateral kiri dan kanan otak dan memiliki peran dalam pengaturan fungsi pendengaran, emosi, serta memori. Selain itu, lobus temporal berkaitan dengan pemrosesan bahasa dan pemahaman sensasi yang dihasilkan dari ucapan.

d) Lobus *oksipital*

Lobus *oksipital* berada di bagian *posterior* otak dan berfungsi sebagai pusat penglihatan. Lobus ini bertanggung jawab terhadap penerimaan, pengolahan, dan interpretasi informasi visual yang berasal dari rangsangan sensorik.

2) *Ganglia basalis*

Ganglia basalis adalah sekumpulan badan sel saraf yang berada di dalam masing-masing hemisfer serebri. Struktur ini berperan dalam pengaturan dan pengendalian aktivitas motorik otot serta berfungsi dalam pemrosesan dan pengoordinasian informasi yang akan diteruskan antarbagian otak.

3) *Substansia medullaris* (*Substansia alba* / Substansi putih)

Substansia medullaris merupakan jaringan otak yang tersusun atas serabut saraf bermielin dan berfungsi sebagai jalur penghubung antara cerebrum dengan struktur otak lainnya. Struktur ini berperan dalam menghantarkan impuls saraf sehingga memungkinkan terjadinya koordinasi dan integrasi fungsi antar bagian otak (Sarifuddin, 2023).

b. Batang otak (*Brainstem*)

Brainstem merupakan sekumpulan serabut saraf yang berada di bagian bawah otak dan berfungsi untuk menghubungkan otak dan sumsum tulang belakang. Struktur ini berperan dalam meneruskan serta menerima impuls saraf antara otak dan berbagai bagian tubuh. Tiga bagian utamanya, yaitu:

1) Otak tengah (*Midbrain*)

Otak tengah berperan menghubungkan otak besar dan kecil. Susunan otak tengah antara lain:

a) *Traktus corticospinal* dan *corticopontin*

Struktur ini berperan dalam menghantarkan dan mengendalikan *impuls* motorik dari otak menuju saraf tulang belakang dan *pons*.

b) *Substansia nigra*

Substansia nigra merupakan bagian dari sistem *ganglia basalis* yang berfungsi dalam pengaturan dan koordinasi aktivitas motorik.

c) *Tegmentum* dan *Tektum*

Tegmentum mengandung nukleus merah yang berperan sebagai penghubung sinyal dari *cerebellum*, *formatio reticularis* yang berfungsi dalam stimulasi otak secara luas serta pengaturan tonus otot, *nukleus* saraf kranial III dan IV yang mengendalikan pergerakan bola mata, serta *lemniskus medialis* yang menyalurkan impuls sensorik menuju *thalamus*. Sementara itu, *tektum* berperan dalam mengoordinasikan gerakan mata dan respons motorik terhadap rangsangan pendengaran.

2) *Medulla oblongata*

Medulla oblongata adalah jalur utama penghantaran impuls saraf menuju sumsum tulang belakang dan selanjutnya ke seluruh tubuh. Struktur ini berperan dalam pengendalian fungsi vital, meliputi pernapasan, denyut jantung, tekanan darah, serta refleks menelan. Selain itu, *medulla oblongata* terlibat dalam pengaturan fungsi otonom yang berlangsung secara otomatis pada organ tubuh.

3) *Pons*

Pons berada di antara medula oblongata dan otak tengah serta berperan sebagai pusat penghubung yang mengoordinasikan dan meneruskan impuls ke berbagai bagian otak. Struktur ini bertanggung jawab terhadap koordinasi pergerakan wajah dan mata, penerimaan rangsang sensorik pada wajah, serta pengaturan fungsi pendengaran dan keseimbangan (Yunita, 2023).

c. Otak kecil (*Cerebellum*)

Cerebellum berada di *inferior* yaitu di bawah lobus *oksipital*. *Cerebellum* berperan dalam mempertahankan keseimbangan tubuh, mengoordinasikan aktivitas otot, serta mengatur pelaksanaan gerakan cepat dan gerakan halus. Tiga bagian utamanya adalah:

1) *Spinocerebelum*

Spinocerebelum adalah bagian *cerebellum* yang berperan dalam pengaturan tonus otot serta koordinasi gerakan tubuh, sehingga memungkinkan terjadinya gerakan yang terkontrol dan terarah.

2) *Vestibulocerebelum*

Vestibulocerebelum merupakan bagian *cerebellum* yang berfungsi dalam pengaturan keseimbangan serta koordinasi pergerakan mata. Struktur ini berperan dalam mempertahankan stabilitas postur dan orientasi tubuh.

3) *Serebrocerebelum*

Serebrocerebelum merupakan bagian *cerebellum* yang berperan dalam perencanaan dan inisiasi gerakan sadar, serta berkaitan dengan fungsi kognitif seperti memori dan pengolahan informasi motorik tingkat tinggi.

Selain struktur utama yang telah diuraikan, otak memiliki beberapa bagian lain yang berperan penting dalam menunjang fungsi sistem saraf, antara lain sebagai berikut:

a. Cairan serebrospinal

Cairan jernih ini mengelilingi otak dan sumsum tulang belakang, berfungsi melindungi dari benturan, menjaga kelembapan jaringan saraf, menyalurkan nutrisi, dan membuang sisa metabolisme otak.

b. Ventrikel

Ventrikel adalah rongga-rongga di otak yang diisi cairan serebrospinal. Terdapat dua ventrikel lateral di masing-masing hemisfer, satu ventrikel di tengah dekat talamus dan hipotalamus, serta satu ventrikel di antara *cerebellum* dan batang otak yang semuanya saling terhubung melalui saluran khusus agar cairan dapat bersirkulasi.

c. *Pleksus koroid*

Pleksus koroid adalah struktur ventrikel yang bertugas memproduksi cairan serebrospinal.

d. *Meninges*

Meninges adalah selaput pelindung otak dan sumsum tulang belakang yang tersusun atas tiga lapisan: *dura mater* (terluar), *arachnoid* (tengah), dan *pia mater* (terdalam)

e. *Corpus Callosum*

Corpus callosum merupakan serangkaian serabut saraf penghubung hemisfer otak kiri dan kanan, sehingga memungkinkan terjadinya komunikasi dan koordinasi antar belahan otak.

f. Kelenjar pituitari

Kelenjar pituitari berada di dasar otak terbagi menjadi lobus anterior dan posterior. Hormon yang mengendalikan kelenjar endokrin lain

diproduksi oleh kelenjar ini termasuk kortikotropin, prolaktin, dan hormon pertumbuhan (Yunita, 2023).

g. Kelenjar pineal

Kelenjar pineal kecil berada di ventrikel ketiga otak dan menghasilkan melatonin, hormon yang mengatur ritme tidur-bangun dan pematangan seksual (Widiastuti dkk., 2021).

h. Saraf kranial

Tabel 2. 1 Fungsi saraf kranial dan jenisnya

Nervus	Nama	Jenis	Fungsi
I	Olfaktorius	Sensori	Menerima rangsangan bau dari rongga hidung untuk diteruskan ke otak sebagai sensasi penciuman
II	Optikus	Sensori	Menghantarkan rangsangan visual dari retina mata ke otak dan diproses menjadi persepsi penglihatan
III	Okulomotorius	Motorik	Menggerakkan sebagian besar otot bola mata
IV	Troklearis	Motorik	Mengendalikan gerakan otot mata tertentu
V	Trigeminus	Gabungan	Fungsi sensoris untuk menerima rangsangan sentuhan dari wajah dan Fungsi motorik untuk menggerakkan otot-otot rahang.
VI	Abdusens	Motorik	Mengendalikan gerakan abduksi bola mata
VII	Fasialis	Gabungan	Menerima rangsangan rasa dari dua pertiga anterior lidah serta mengendalikan otot-otot wajah dalam membentuk ekspresi
VIII	Vestibulokoklearis	Sensori	Berperan dalam sistem vestibular untuk keseimbangan serta sistem koklea untuk penghantaran rangsangan pendengaran
IX	Glossofaringeus	Gabungan	Menerima rangsangan rasa dari bagian posterior lidah serta mengatur fungsi motorik organ tertentu
X	Vagus	Gabungan	Berperan dalam pengaturan berbagai fungsi organ viseral melalui sistem saraf otonom
XI	Aksesorius	Motorik	Mengendalikan pergerakan otot leher dan bahu
XII	Hipoglosus	Motorik	Mengendalikan pergerakan otot-otot lidah (Meutia dkk., 2021).

i. Sistem limbik

Sistem limbik Adalah pusat pengatur emosi dan perasaan. Struktur utamanya meliputi hipotalamus, talamus, amigdala, dan hipokampus. Amigdala berperan dalam memori, pengambilan keputusan, dan respons emosional. Sementara itu, hipokampus berperan dalam pembentukan memori spasial dan navigasi dengan mengenali lokasi, peristiwa baru, serta berbagai rangsangan untuk membentuk memori baru yang berkaitan dengan pengalaman hidup, baik memori otobiografis maupun episodik (Taufik, 2022).

2.1.2 Pengertian

CVA adalah keadaan terjadinya kematian jaringan otak secara tiba-tiba karena aliran darah terganggu sehingga suplai oksigen otak menurun. Kondisi ini bisa dialami semua usia dan dapat terjadi sewaktu-waktu, dengan gejala bertahan 24 jam atau lebih. CVA berisiko menyebabkan kecacatan seperti kelemahan atau kelumpuhan anggota tubuh, gangguan bicara, penurunan fungsi kognitif dan memori, serta komplikasi serius yang dapat berakhir pada kematian (Rahayu & Yamasari, 2024).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Timur dkk., (2025), CVA dapat diklasifikasikan menjadi :

1. CVA *Bleeding* (Perdarahan)

CVA *Bleeding* terjadi akibat ruptur pembuluh darah yang menyuplai jaringan otak. Salah satu penyebab umumnya yaitu pelebaran pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah dapat dipicu hipertensi yang mengganggu aliran darah menuju otak sehingga terjadi tekanan pada jaringan sekitarnya.

2. CVA infark (sumbatan)

CVA infark terjadi akibat penumpukan plak pada pembuluh darah kecil, pembuluh darah otak, dan arteri karotis. Plak tersebut menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi menebal dan tidak rata sehingga menghambat aliran darah menuju otak. Timbunan lemak dan kolesterol yang membentuk sumbatan pada pembuluh darah disebut aterosklerosis yang mengakibatkan hipoksia jaringan otak sehingga sel-sel otak tidak mampu berfungsi secara optimal dan dapat mengalami gangguan sementara hingga kematian sel, bergantung pada tingkat keparahan kondisi.

2.1.4 Faktor risiko

Faktor risiko CVA antara lain yaitu :

1. Hipertensi

Hipertensi adalah faktor risiko utama CVA. Keadaan ini dapat memicu penyempitan arteri pada pembuluh darah otak sehingga dinding pembuluh menjadi menebal dan rusak, yang pada akhirnya meningkatkan risiko pecahnya pembuluh darah dan terjadinya perdarahan otak.

2. Merokok

Nikotin yang terdapat dalam rokok dapat memicu terbentuknya plak pada dinding pembuluh darah sehingga memperbesar risiko aterosklerosis.

3. *Diabetes Mellitus*

Diabetes mellitus menyebabkan gangguan mikrovaskular dan aterosklerosis. Kondisi tersebut dapat menimbulkan emboli yang mengakibatkan sumbatan pembuluh darah dan iskemia sehingga menurunkan perfusi otak dan memicu terjadinya CVA.

4. Fibrilasi atrium dan penyakit jantung lainnya

Penyakit arteri koroner, gagal jantung kongestif, infark miokard, dan hipertrofi ventrikel kiri menjadi sumber terjadinya emboli serebral. Aterosklerosis menurunkan elastisitas pembuluh darah, sedangkan fibrilasi atrium menyebabkan gangguan aliran dan oksigenasi darah sehingga menurunkan perfusi otak dan meningkatkan risiko CVA.

5. Dislipidemia

Dislipidemia dapat memicu terbentuknya aterosklerosis serta emboli lemak yang menghambat aliran darah ke otak, sehingga memperbesar risiko terjadinya CVA.

6. Obesitas

Obesitas dapat memicu peningkatan kadar lemak yang berkontribusi pada terbentuknya sumbatan lemak di pembuluh darah. Di samping itu, obesitas sering disertai hipertensi sehingga pembuluh darah menjadi rusak sehingga kemungkinan CVA terjadi meningkat.

7. Usia

Usia dapat meningkatkan risiko CVA karena kerusakan dan kelemahan pembuluh darah serta peningkatan penyakit penyerta lainnya.

8. Jenis kelamin

Faktor gaya hidup dan kardiovaskular pada pria lebih berisiko mengalami CVA di usia muda. Wanita memiliki perlindungan dari hormon esterogen, tetapi risiko mereka meningkat pesat, bahkan bisa lebih tinggi dibanding pria setelah memasuki masa menopause karena faktor-faktor khusus seperti kehamilan dan penggunaan kontrasepsi hormonal.

9. Genetik

Genetik dapat menjadi faktor risiko CVA karena dapat menurunkan kerentanan terhadap penyakit kardiovaskular, gangguan pembekuan, kelainan pembuluh darah, dan masalah metabolisme (Nurjannah, 2023).

2.1.5 Etiologi

Etiologi CVA antara lain adalah :

1. Trombosis serebri

Trombosis serebri merupakan penyebab sekitar 40% kejadian CVA dan biasanya terjadi akibat kerusakan setempat pada tunika yang dipicu oleh aterosklerosis.

2. Emboli serebri

Emboli serebri terjadi saat *embolus* menyumbat aliran darah ke otak, seperti bekuan darah.

3. Perdarahan

Hemoragi terjadi akibat pecahnya arteri sehingga menyebabkan perdarahan dan mengurangi atau menghentikan aliran darah ke sebagian jaringan otak sehingga mengganggu fungsi neurologisnya.

4. Penyumbatan arteri serebri

Blokade pada arteri serebri, terutama arteri serebri media, menimbulkan gangguan neurologis karena area yang disuplai darah sangat luas. Pasien biasanya mengalami hemiparesis kontralateral, dengan lengan lebih terpengaruh daripada kaki, kesulitan berbicara, kelemahan otot, gangguan kontrol gerak, serta masalah mobilitas fisik seperti kesulitan berjalan (Anggraeni & Widada, 2023).

2.1.6 Patofisiologi

CVA terjadi saat jaringan saraf mati mendadak. CVA terdiri dari CVA infark dan CVA *bleeding*. Pada CVA infark, penyumbatan pembuluh darah otak terjadi akibat trombus atau embolus. Trombosis biasanya terbentuk pada pembuluh yang mengalami aterosklerosis, sedangkan emboli dapat berasal dari jantung atau arteri besar. Hal ini mengakibatkan jaringan otak mengalami hipoksia dan kekurangan nutrien, memicu hipoksia neuron, akumulasi ion kalsium, depolarisasi sel saraf, dan produksi radikal bebas. Akibatnya, terjadi kematian sel neuron secara cepat, sehingga fungsi neurologis terganggu. Sementara itu, CVA *bleeding* terjadi karena pecahnya pembuluh darah pada intrakranial. Kondisi tersebut bisa terjadi di ruang epidural, subdural, subaraknoid, maupun substansia otak. Akumulasi darah menimbulkan tekanan pada jaringan otak di sekitarnya, mengurangi perfusi darah, merusak neuron, dan memicu edema serebral yang memperburuk gangguan neurologis (Nurjannah, 2023).

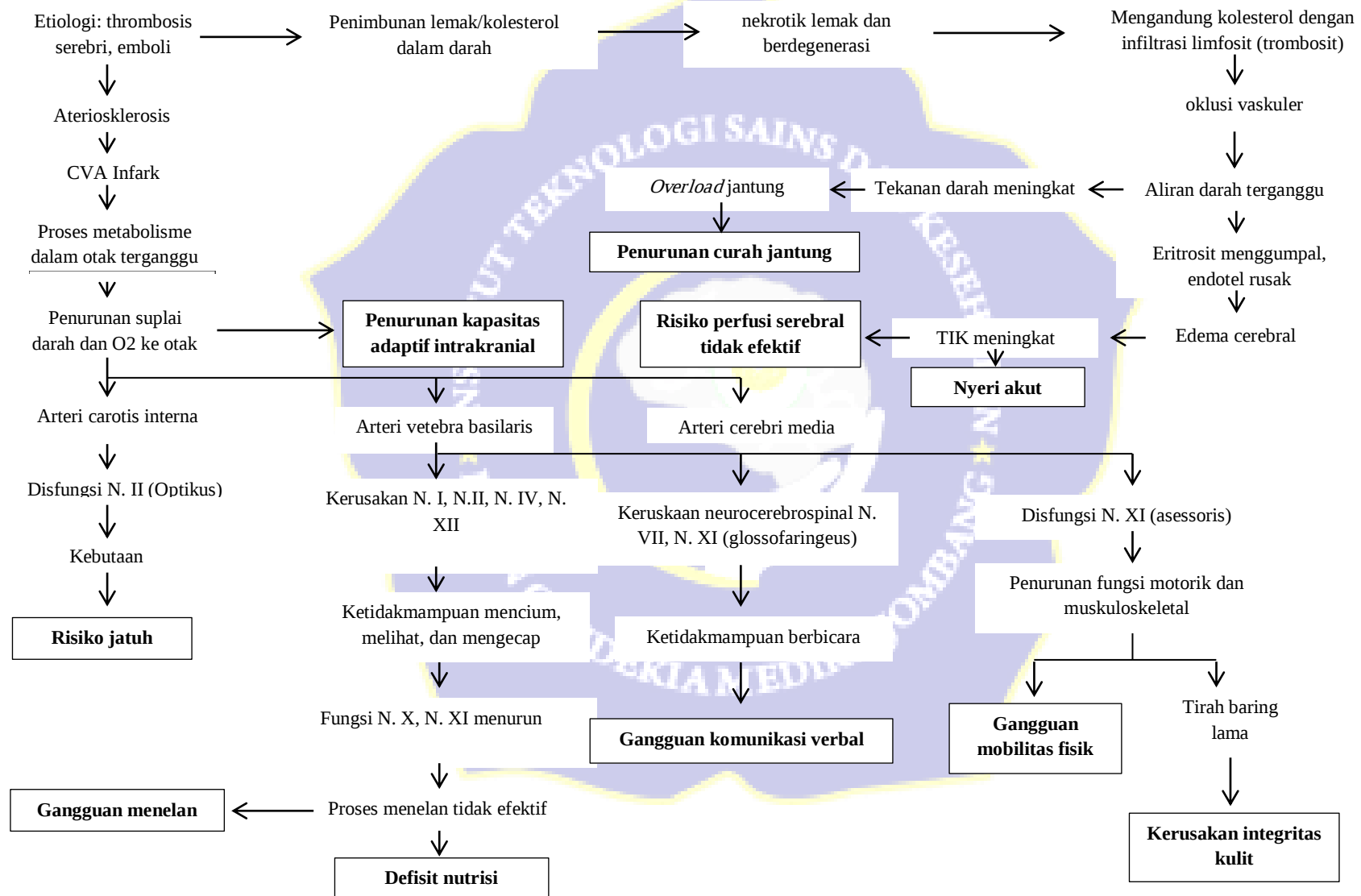
Sebagian besar kejadian CVA, sekitar 85%, merupakan CVA iskemik yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah serebral melalui proses trombotik atau embolik. CVA trombotik terjadi akibat aterosklerosis sehingga lumen menyempit dan trombus terbentuk sehingga aliran darah ke otak terhambat dan menyebabkan iskemia jaringan. Sumbatan dari luar pembuluh darah otak menghalangi aliran darah serebral sehingga menurunkan perfusi jaringan otak dan menyebabkan stres seluler hingga kematian neuron (*nekrosis*). Proses nekrosis pada CVA ditandai dengan kerusakan membran sel, pembengkakan organel, dan hilangnya fungsi neuron. Selain itu, terjadi gangguan metabolisme, inflamasi,

asidosis, peningkatan kalsium intraseluler, stres oksidatif, serta perburukan kerusakan jaringan (Nurjannah, 2023).

CVA hemoragik disebabkan pecahnya pembuluh darah dan menimbulkan perdarahan dan peningkatan tekanan intrakranial yang merusak jaringan otak di sekitarnya. kasus ini terjadi dengan angka 10-15% kasus. Perdarahan intraserebral ditandai oleh penumpukan darah di jaringan otak akibat ruptur pembuluh darah, dengan faktor risiko utama berupa hipertensi, kelainan pembuluh darah, serta penggunaan antikoagulan atau trombolitik yang tidak terkontrol. Sedangkan perdarahan subaraknoid terjadi ketika darah masuk ke ruang subaraknoid, biasanya akibat trauma kepala atau ruptur aneurisma serebral (Nurjannah, 2023).



2.1.7 Pathway



Gambar 2. 2 Pathway Cerebro Vascular Accident (CVA)

(Siregar dkk., 2023)

2.1.8 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala CVA yaitu :

1. Kelumpuhan pada wajah dan anggota gerak yang umumnya terjadi pada satu sisi tubuh.
2. Satu atau lebih bagian tubuh mengalami penurunan kepekaan/sensasi.
3. Kondisi mental berubah, seperti kebingungan, delirium, hingga penurunan tingkat kesadaran seperti koma.
4. Gangguan fungsi bahasa terjadi dalam bentuk afasia yang ditandai dengan ketidaklancaran berbicara, berkurangnya produksi kata, atau kesulitan memahami pembicaraan. Selain itu, gangguan artikulasi muncul sebagai disartria yang ditandai dengan bicara pelo atau cadel.
5. Gangguan pada sistem penglihatan ditandai dengan penurunan tajam penglihatan atau diplopia.
6. Kerusakan pada sistem koordinasi otak menyebabkan ataksia yang ditandai dengan kesulitan dalam mengontrol gerakan.
7. Keluhan vertigo, mual, muntah, serta nyeri kepala karena TIK meningkat atau gangguan aliran darah serebral.
8. Disfungsi pada sistem saraf motorik, sensorik, saraf kranial, serta fungsi kognitif yang berdampak pada kemampuan aktivitas sehari-hari pasien (Timur dkk., 2025).

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang CVA yaitu :

1. CT Scan (*Computed Tomography Scan*)

Dilakukan untuk mendeteksi kelainan struktural otak seperti edema serebral, perdarahan, iskemia, dan sumbatan.

2. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Memberikan gambaran lebih detail mengenai lokasi infark, hematoma, struktur jaringan otak, serta edema serebral. Pemeriksaan MRI difusi memungkinkan identifikasi CVA pada fase awal dan membedakan lesi akut dengan lesi kronis.

3. Angiografi serebri

Berfungsi untuk menentukan lokasi ruptur atau oklusi pembuluh darah serta mengidentifikasi kelainan vaskular di otak.

4. Ultrasonografi Doppler

Menilai adanya penyumbatan pembuluh darah karotis dan mengevaluasi kecepatan aliran darah pada pembuluh darah intrakranial utama.

5. Pemeriksaan EEG (*Electroencephalography*)

Menunjukkan adanya gangguan transmisi impuls saraf dan menggambarkan aktivitas gelombang otak yang abnormal.

6. Pemeriksaan pungsi lumbal

Menganalisis cairan serebrospinal untuk mengukur tekanan intrakranial, di mana tekanan normal dan cairan jernih menunjukkan

trombosis, emboli, atau TIA, sedangkan peningkatan tekanan dan adanya darah menandakan perdarahan subaraknoid atau intraserebral.

7. PET Scan

Memberikan penjelasan proses metabolisme otak serta membantu mengidentifikasi area infark dengan metabolisme glukosa yang menurun.

8. Pemeriksaan laboratorium

Menilai kondisi sistemik pasien melalui pemeriksaan darah lengkap, trombosit, proses pembekuan darah, laju endap darah, serta fungsi metabolik seperti glukosa dan fungsi ginjal (Rahayu & Yamasari (2024).

2.1.10 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Tubuh dan kepala dimiringkan 20–30 derajat, jika pasien muntah dimiringkan.
- b. Bebaskan saluran napas dan menjaga kecukupan ventilasi serta memberikan terapi oksigen 1-2 liter per menit jika dibutuhkan.
- c. Mengurangi volume urin pada kandung kemih dengan pemasangan kateter.
- d. Suhu tubuh pasien dijaga dalam rentang normal untuk mencegah peningkatan aktivitas metabolisme otak.
- e. Pemberian nutrisi peroral dilakukan setelah fungsi menelan dinyatakan baik, sedangkan selang nasogastrik dipasang pada pasien dengan gangguan menelan atau penurunan kesadaran.
- f. Mobilisasi dan rehabilitasi dini diberikan apabila tidak terdapat kontraindikasi (Setiawan, 2021).

2. Penatalaksanaan medis

Terapi medis pada pasien CVA disesuaikan dengan jenis CVA yang dialami pasien.

- a. Pada CVA *hemoragik*, terapi farmakologi bertujuan untuk mengontrol tekanan darah, mencegah kejang, serta mengurangi edema otak. Obat antihipertensi seperti ACE *inhibitor*, antagonis kalsium, ARB, dan diuretik digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan tekanan intrakranial. Obat antikonvulsan diberikan untuk menstabilkan aktivitas listrik otak, sedangkan dexamethasone berfungsi mengurangi peradangan dan edema serebral.
- b. Pada CVA *non-hemoragik*, terapi trombolitik dengan *recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA) bertujuan melarutkan bekuan darah dan harus diberikan dalam waktu maksimal 3 jam sejak onset gejala. Terapi antikoagulan diberikan pada pasien dengan risiko emboli tinggi, sedangkan terapi antiplatelet digunakan untuk mencegah pembentukan trombus. Terapi suportif dilakukan untuk menjaga jalan napas, oksigenasi, kestabilan tekanan darah, dan kontrol kadar glukosa darah (Suryandari & Susanti, 2025).

2.1.11 Komplikasi

1. Penempatan tubuh yang tidak berubah dalam waktu lama mengakibatkan luka tekan di bagian yang menerima beban, sehingga memerlukan perawatan kulit serta penggantian posisi secara teratur.
2. Imobilisasi juga meningkatkan risiko pembekuan darah pada ekstremitas bawah yang dapat berkembang menjadi emboli paru.

3. Gangguan refleks batuk dan menelan menyebabkan penumpukan sekret di paru-paru dan meningkatkan risiko pneumonia.
4. Keterbatasan gerak menimbulkan kekakuan otot dan sendi, sehingga fisioterapi diperlukan untuk mempertahankan fungsi muskuloskeletal.
5. Stres psikologis atau depresi akibat perasaan tidak berdaya dan ketakutan terhadap masa depan (Humaira dkk., 2025).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian keperawatan

Nurjannah (2023) menyatakan bahwa perawat melakukan pengkajian pada klien dengan CVA melalui pengkajian primer dan sekunder secara sistematis yang meliputi :

1. Pengkajian primer

a. *Airway*

Perawat melakukan evaluasi mengenai keterbukaan saluran pernapasan dengan memperhatikan kemungkinan lidah yang terjatuh, item asing seperti muntah, darah, atau lendir yang mungkin tersangkut. Perawat juga mengamati adanya pembengkakan di area mulut, tenggorokan, dan laring, kesulitan menelan, serta suara pernapasan yang tidak normal seperti *stridor*, *gurgling*, atau *wheezing*. Hal ini mencerminkan keabnormalan saluran napas.

b. *Breathing*

Perawat mengevaluasi efektivitas pola napas pasien dengan cara mengukur laju pernapasan, memperhatikan pola pernapasan yang tidak

normal, penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan dari hidung, suara tambahan saat bernapas, dan juga mengawasi tingkat saturasi oksigen.

c. *Circulation*

Perawat menganalisis sistem sirkulasi pasien dengan cara memeriksa detak jantung, tekanan darah, kekuatan, laju, dan ritme nadi. Perawat juga mengevaluasi waktu pengisian kapiler (CRT), kondisi ekstremitas, suhu tubuh, warna serta kelembaban kulit, serta mengidentifikasi adanya hemoragik.

d. *Disability*

Perawat melakukan pengkajian neurologis singkat dengan menilai tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif, kemampuan gerak ekstremitas, serta respons dan ukuran pupil pasien.

e. *Exposure*

Perawat melakukan pemeriksaan menyeluruh dari kepala hingga kaki dengan melepaskan pakaian pasien untuk memudahkan penilaian. Perawat mengidentifikasi adanya deformitas, luka, *hematoma*, pembengkakan, atau kelainan lain.

2. Pengkajian sekunder

a. Identitas pasien dan penanggung jawab

Perawat mengkaji identitas pasien dan penanggung jawab meliputi nama, gender, tempat serta tanggal lahir, keyakinan, pendidikan, kelompok etnis, status pernikahan, pekerjaan, alamat, serta tanggal dan waktu masuk ke rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, serta nomor rekam medis.

b. Keluhan utama

Perawat mengevaluasi masalah utama klien sebelum MRS. Dalam kasus CVA, perawat mendapati aduan seperti lemahnya anggota tubuh, kekakuan pada sendi, masalah keseimbangan, gangguan komunikasi, serta penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Perawat menanyakan waktu gejala, pola munculnya keluhan (mendadak atau bertahap), frekuensi kejadian, lokasi gangguan, dan karakteristik keluhan. Perawat menemukan bahwa serangan CVA umumnya terjadi mendadak saat aktivitas dan disertai rasa sakit di kepala, mual, muntah, kejang, kesadaran menurun, ketidakmampuan bergerak di satu sisi tubuh, serta perubahan perilaku akibat peningkatan tekanan intrakranial. Perawat melakukan pengkajian menggunakan metode SAMPLE untuk mengidentifikasi tanda dan gejala, alergi, obat yang dikonsumsi, riwayat penyakit dan pembedahan, asupan terakhir, serta peristiwa pencetus penyakit.

d. Riwayat penyakit dahulu

Perawat mengidentifikasi adanya riwayat hipertensi, CVA, DM, gangguan kardio, anemia, cedera kepala, penggunaan *contraceptive* oral waktu lama, bahan adiktif, serta kelebihan berat badan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Perawat menggali riwayat hipertensi, DM, maupun CVA pada generasi sebelumnya.

f. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perawat menilai perubahan perilaku pasien dalam pemeliharaan kesehatan yang berdampak pada kemampuan perawatan diri.

2) Pola aktivitas dan latihan

Perawat mengidentifikasi aktivitas pasien sebelum sakit serta menilai adanya kelemahan atau kelelahan.

3) Pola nutrisi dan metabolisme

Perawat menilai adanya gangguan nutrisi akibat nyeri, penurunan nafsu makan, atau ketidakmampuan pasien mentoleransi makanan.

4) Pola istirahat dan tidur

Perawat mengevaluasi kualitas dan kuantitas tidur sebelum dan selama sakit.

5) Pola toleransi dan coping

Perawat mengidentifikasi mekanisme coping yang digunakan pasien serta menilai tingkat toleransi stres.

6) Konsep diri

Perawat menggali persepsi pasien terhadap dirinya sendiri, termasuk perasaan cemas, takut, perubahan peran, citra tubuh, dan identitas diri.

7) Pola seksual dan reproduksi

Perawat mengumpulkan data terkait kesehatan reproduksi, periode menstruasi terakhir, pemeriksaan payudara atau testis, serta penyakit atau masalah seksual.

8) Pola hubungan dan peran

Perawat menilai peran, hubungan sosial, serta dampak penyakit terhadap fungsi peran.

9) Pola nilai dan keyakinan

Perawat mengidentifikasi nilai, keyakinan, larangan agama, dan kebutuhan dukungan spiritual selama sakit.

3. Pengkajian persistem

a. B1 (*Breathing*)

Perawat menilai sistem pernapasan melalui inspeksi pola dan ritme napas, kesimetrisan ekspansi dada, serta adanya retraksi. Perawat memeriksa nyeri tekan dan ekspansi paru melalui palpasi, menentukan suara perkusi toraks, dan mengidentifikasi bunyi napas normal maupun tambahan melalui auskultasi.

b. B2 (*Blood*)

Perawat mengobservasi keluhan kardiovaskular dan tekanan darah pasien, memeriksa denyut nadi melalui palpasi, menentukan batas jantung melalui perkusi, serta mengidentifikasi adanya bunyi jantung tambahan melalui auskultasi.

c. B3 (*Brain*)

Perawat menilai tingkat kesadaran pasien CVA yang dapat bervariasi dari *somnolen*, *apatis*, *stupor* hingga koma dengan GCS < 12 pada fase akut dan GCS 13–15 pada fase pemulihan. Perawat melakukan pemeriksaan *nervus kranialis* I–XII untuk menentukan adanya gangguan

sensorik, motorik, dan fungsi saraf lainnya. Perawat juga menilai adanya nyeri tekan pada kepala melalui palpasi.

d. B4 (*Bladder*)

Perawat mengobservasi kemampuan eliminasi urin pasien serta menilai penggunaan kateter untuk pemantauan input dan output. Perawat memeriksa adanya nyeri tekan, distensi, atau benjolan pada kandung kemih melalui palpasi.

e. B5 (*Bowel*)

Perawat menilai sistem pencernaan pasien dengan mengobservasi pola nutrisi sebelum dan selama sakit, mengidentifikasi pola buang air besar, serta menilai karakteristik feses. Perawat melakukan perkusi abdomen dan menemukan suara timpani, mengkaji adanya nyeri tekan melalui palpasi, serta menilai bising usus pasien melalui auskultasi untuk menentukan aktivitas peristaltik usus.

f. B6 (*Bone*)

Perawat mengobservasi sistem muskuloskeletal pasien CVA yang umumnya mengalami *parese*, keterbatasan ROM, dan kecenderungan tirah baring. Perawat menilai kekuatan otot, serta mengkaji adanya nyeri tekan pada ekstremitas dan menilai kondisi turgor kulit pasien melalui palpasi.

2.2.2 Diagnosis keperawatan

Tabel 2. 2 Diagnosis keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	Disfungsi mekanisme intrakranial dalam menyesuaikan diri terhadap rangsangan yang berpotensi	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Nyeri kepala Objektif : 1. Peningkatan <i>blood pressure</i> dan pelebaran <i>heart rate</i>
	Penyebab : 1. Kerusakan		

No.	Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
2.	jaringan di ruang tertentu (tumor atau abses) Kelainan proses metabolisme Pembengkakan jaringan otak Kenaikan tekanan sistem vena Terhambatnya peredaran cairan serebrospinalis Tekanan intrakranial tinggi yang bersifat idiopatik Disfungsi mekanisme kompensasi intrakranial	menurunkan kapasitas kranial. Kondisi klinis terkait : 1. Cedera kepala 2. Infark serebral 3. Tumor serebral 4. Hidrosefalus 5. Hematoma kranial 6. Pembentukan arteriovenous 7. Edema vasogenik atau sitotoksik serebral 8. Hiperemia 9. Obstruksi aliran vena	2. Nadi lambat 3. Napas irreguler 4. Kesadaran menurun 5. Pupil berespon asimetris 6. Gangguan refleks neurologis Tanda dan gejala minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Gelisah atau agitasi 2. Muntah tanpa mual 3. Lemah atau lesu 4. Gangguan fungsi kognitif 5. TIK ≥ 20 mmHg 6. Papiledema 7. Posisi deserbasi
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Penyebab: 1. Perubahan metabolisme tubuh 2. Hilangnya kontrol otot 3. Penurunan massa otot 4. Penurunan kekuatan otot 5. Kekakuan sendi 6. Kontraktur 7. Efek samping obat-obatan 8. Imobilisasi 9. Nyeri 10. Tidak mau bergerak	Pembatasan kemampuan melakukan gerakan pada satu atau lebih anggota tubuh secara mandiri. Kondisi klinis terkait: 1. <i>Cerebrovascular accident</i> 2. Trauma fisik 3. Fraktur 4. Osteoarthritis 5. Osteomalasia 6. Keganasan (misalnya tumor atau kanker)	Tanda dan Gejala Mayor: Subjektif: 1. Keluhan sulit menggerakkan anggota badan Objektif: 1. Penurunan kekuatan otot 2. Penurunan ROM Tanda dan Gejala Minor: Subjektif: 1. Nyeri ketika bergerak 2. Tidak mau bergerak 3. Kecemasan waktu melakukan pergerakan Objektif: 1. Kekakuan sendi 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Terbatasnya pergerakan 4. Kelemahan
3.	Gangguan komunikasi verbal (D. 0019) Penyebab : 1. Sirkulasi	Penurunan atau hilangnya kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau	Gejala dan tanda mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Ketidakmampuan mendengar

No.	Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	darah ke otak menurun	menggunakan sistem symbol	dan bicara
2.	Gangguan fungsi neuromuskular	Kondisi klinis terkait :	2. Reaksi diluar konteks
3.	Hambatan fisik	1. CVA	Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia)
4.	Hambatan individu	2. Trauma kepala	Objektif
5.	Hambatan psikologis	3. TIK meningkat	1. Afasia
		4. Hipoksia kronis	2. Disfasia
		5. Tumor	3. Apraksia
			4. Disleksia
			5. Disartria
			6. Afonia
			7. Dislalia
			8. Pelo
			9. Gagap
			10. Kontak mata kosong
			11. Komunikasi sulit dipahami
			12. Komunikasi sulit dipertahankan
			13. Kesulitan mengekspresikan muka atau badan
4.	Penurunan curah jantung (D. 0008)	Kelemahan jantung dalam memompa darah sehingga suplai jaringan tidak terpenuhi	Tanda dan gejala mayor Subjektif
	Penyebab :	Kondisi klinis terkait :	1. Irama berubah
	1. Irama berubah	1. Gagal jantung kongestif	a. Palpitasi
	2. Frekuensi berubah	2. Sindrom koroner akut	2. <i>Preload</i> berubah
	3. Kontraktilitas berubah	3. Stenosis dan regurgitasi katup mitral	a. Lelah
	4. <i>Preload</i> berubah	4. Stenosis dan regurgitasi katup aorta	3. <i>Afterload</i> berubah
	5. <i>Afterload</i> berubah	5. Stenosis katup trikuspidal	a. <i>Dispnea</i>
		6. Stenosis dan regurgitasi katup pulmonal	4. Kontraktilitas berubah
		7. Aritmia	a. PND
		8. PJB	b. <i>Ortopnea</i>
			c. Batuk
			Objektif
			1. Irama jntung berubah
			a. <i>Bradikardia/takikardia</i>
			b. Hasil EKG aritmia atau gangguan konduksi
			2. <i>Preload</i> berubah
			a. Edema
			b. Distensi vena jugularis
			c. CVP naik/tuurn
			d. pembesaran hati
			3. <i>Afterload</i> berubah
			a. Tensi naik/turun
			b. Lemahnya nadi perifer
			c. CRT >3 detik
			d. urine sedikit
			e. Sianosis
			4. Kontraktilitas berubah
			a. terdapat suara S3 atau S4
			b. EF turun
			Tanda dan gejala minor

No.	Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
			Subjektif 1. Perilaku a. Ansietas b. Agitasi Objektif 1. <i>Preload</i> berubah a. Murmur jantung b. BB naik c. PAWP turun 2. <i>Afterload</i> berubah a. PVR naik/turun b. SVR naik/turun 3. Perubahan kontraktilitas a. CI turun b. LVSWI turun c. SVI turun
5.	Nyeri akut (D. 0077) Penyebab : 1. Agen pencedera fisiologis 2. Agen pencedera kimiawi 3. Agen pencedera fisik	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat, dan berlangsung kurang dari 3 bulan. Kondisi klinis terkait : 1. Pasca operasi 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. galukoma	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Keluhan nyeri Objektif 1. Meringis 2. Sikap protektif 3. Gelisah 4. Peningkatan HR 5. Kesulitan tidur Tanda dan gejala minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. TD naik 2. Perubahan pola napas 3. Perubahan nafsu makan 4. Gangguan proses pikir 5. Menarik diri 6. Fokus diri sendiri 7. Keringat berlebih
6.	Defisit nutrisi (D. 0019) Penyebab : 1. Tidak mampu menelan 2. Tidak mampu mencerna 3. Tidak mampu mengabsorpsi nutrisi 4. Kebutuhan metabolisme meningkat 5. Faktor ekonomi	Kondisi di mana asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh Kondisi klinis terkait : 1. CVA 2. Cerebral palsy 3. Cleft lip 4. Cleft palate 5. Kerusakan neuromuskular 6. Luka bakar 7. Kanker	Tanda dan gejala mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. BB turun $\geq 10\%$ dari ideal Tanda dan gejala minor Subjektif 1. Cepat kenyang saat makan 2. Nyeri perut 3. Penurunan nafsu makan Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Kelemahan otot pengunyah

No.	Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
6.	Faktor psikologis	8. Infeksi	3. Kelemahan otot menelan 4. Mukosa pucat 5. Sariawan 6. Rendahnya albumin 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare
7.	Gangguan menelan (D. 0063) Penyebab : 1. Gangguan serebrovaskular 2. Saraf kranial terganggu 3. Paralisis 4. Akalasia	Gangguan menelan akibat defisit pada struktur atau fungsi oral, faring, atau esophagus. Kondisi klinis terkait : 1. CVA 2. Cerebral palsy 3. Penyakit parkinson 4. GBS 5. Neoplasma otak 6. Paralisis pita suara 7. Saraf kranial V, VII, IX, X, XI rusak	Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Keluhan kesulitan menelan Objektif 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk sehabis makan atau minum 3. Aspirasi 4. Makanan tersisa di rongga mulut Tanda dan gejala minor Subjektif Oral (tidak tersedia) Faring 1. Tidak menerima nutrisi Esofagus 1. Terbangun saat malam hari 2. Nyeri epigastrik Objektif 1. Bolus cepat masuk 2. Refluks nasal 3. Rongga mulut tidak bersih 4. Makanan jatuh dari mulut 5. Makanan terdorong keluar 6. Kesulitan mengunyah 7. Muntah sebelum menelan 8. Bolus terbentuk lama 9. Waktu makan lama 10. Porsi makanan tidak habis 11. Fase oral abnormal 12. Mengiler Faring 1. Muntah 2. Kepala tidak terangkat dengan cukup saat menelan 3. Penelanan berulang Esofagus 1. Muntah darah 2. Gelisah 3. Makanan kembali ke kerongkongan 4. Nyeri telan 5. Kebiasaan menggertakkan gigi
8.	Kerusakan integritas kulit/jaringan (D. 0129)	Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan yang	Tanda dan gejala mayor Subjektif (tidak tersedia)

No.	Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	Penyebab :	mendasarinya.	Objektif
	1. Gangguan sirkulasi darah	Kondisi klinis terkait :	1. Kulit/ jaringan rusak
	2. Perubahan status nutrisi	1. Imobilisasi	Tanda dan gejala minor Subjektif
	3. Ketidakseimbangan volume cairan tubuh	2. Gagal jantung kongestif	(tidak tersedia)
	4. Penurunan mobilitas	3. Gagal ginjal	Objektif
	5. Neuropati perifer	4. DM	1. Nyeri
		5. Immunodefisiensi	2. Hemoragik
			3. Kemerahan
			4. Hematoma
9.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)	Berisiko mengalami penurunan aliran darah ke otak	(Tidak tersedia)
	Penyebab :	Kondisi klinis terkait :	
	1. Kelainan masa protrombin	1. CVA	
	2. Fungsi ventrikel kiri menurun	2. Trauma kepala	
	3. Aterosklerosis aorta	3. Aterosklerotik aortik	
	4. Aneurisma serebri	4. IMA	
	5. Koagulopati	5. Embolisme	
	6. Embolisme	6. Hiperkolesterolemia	
	7. Cedera kepala	7. Hipertensi	
	8. Hiperkolesteronemia		
	9. Hipertensi		
	10. IMA		
	11. Sindrom sick sinus		
10.	Risiko jatuh (D. 0143)	Berisiko mengalami cedera fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh	(Tidak tersedia)
	Faktor risiko :	Kondisi klinis terkait :	
	1. Usia $\geq$ 65 tahun atau $\leq$ 2 tahun	1. Osteoporosis	
	2. Riwayat jatuh	2. Kejang	
	3. Kesadaran menurun	3. Penyakit serebrovaskuler	
	4. Hipotensi ortostatik	4. Hipotensi	
	5. Glukosa darah berubah		
	6. Anemia		
	7. Penurunan kekuatan otot		

Sumber : SDKI (2017).

2.2.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D. 0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L. 06049) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Status kesadaran (5) 2. Fungsi pengetahuan (5) Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 3. Sakit kepala (5) 4. Gelisah (5) 5. Agitasi (5) 6. Muntah (5) 7. Postur deserbasi (5) 8. Papiledema (5) Skala: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 9. Tekanan darah (5) 10. Tekanan nadi (5) 11. Bradikardia (5) 12. Pola napas (5) 13. Respon pupil (5) 14. Tekanan intrakranial (5) Skala: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 06198) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Ketahui sebab TIK 2. Pantau tanda TIK meningkat 3. Pantau MAP 4. Pantau CVP 5. Pantau PAWP 6. Pantau PAP 7. Pantau ICP 8. Pantau CPP 9. Pantau gelombang ICP 10. Pantau status pernapasan 11. Pantau masukan dan keluaran cairan 12. Pantau cairan serebro-spinalis <i>Terapeutik</i> 1. Kurangi rangsangan dengan ketenangan lingkungan 2. Posisikan <i>semi fowler</i> 3. Hindari maneuver Valsava 4. Cegah kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari terapi IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan Mobilitas fisik (L.05042) Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Gerakan anggota tubuh (5) 2. Kekuatan otot (5) 3. ROM (5)	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Kaji nyeri atau keluhan fisik lain 2. Tentukan sejauh mana mampu bergerak 3. Pantau TD dan nadi sebelum mobilisasi

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 4. Nyeri (5) 5. Ansietas (5) 6. Kekakuan sendi (5) 7. Tidak terkoordinasinya gerakan (5) 8. Terbatasnya gerakan (5) 9. Fisik lemah Skala: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	4. Amati kondisi pasien sewaktu imobilisasi. <i>Terapeutik</i> 1. Bantu mobilisasi dengan alat 2. Bantu pasien bergerak bila diperlukan 3. Libatkan keluarga untuk mendukung pasien dalam meningkatkan kemampuan gerak <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Dorong untuk mobilisasi sedini mungkin 3. Ajarkan gerakan sederhana yang bisa dilakukan Pemantauan Neurologis (I.06197) <i>Observasi</i> 1. Pantau ukuran, bentuk, simetri, dan reaktivitas pupil 2. Pantau tingkat kesadaran 3. Pantau orientasi (waktu, tempat dan orang) 4. Amati ingatan jangka pendek, memori masa lalu, <i>mood</i> dan perilaku 5. Pantau TTV 6. Pantau status pernapasan 7. Periksa refleks kornea 8. Pantau refleks batuk dan muntah 9. Observasi ritme otot 10. Pantau kekuatan genggam tangan 11. Periksa simetri wajah 12. Tanyakan dan catat keluhan pusing <i>Terapeutik</i> 1. Tingkatkan waktu pemantauan neurologis, jika perlu 2. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan TIK 3. Sesuaikan interval pemantauan dengan kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Gangguan komunikasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)

No.	SDKI	SLKI	SIKI
	verbal (D. 0019)	diharapkan Komunikasi verbal (L.13118) Meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Kemmapuan berbicara (5) 2. Kemampuan mendengar (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh (5) 4. Kontak mata (5) Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 5. Afasia (5) 6. Disfasia (5) 7. Apraksia (5) 8. Disleksia (5) 9. Disatria (5) 10. Afonia (5) 11. Dislalia (5) 12. Pelo (5) 13. Gagap (5) Skala: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 14. Respon perilaku (5) 15. Pemahaman komunikasi (5) Skala: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Pantau kecepatan bicara, tekanan suara dan artikulasi 2. Amati proses kognitif, anatomi dan fisiologi saat bicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan gerakan fisik sebagai bentuk non verbal <i>Terapeutik</i> 1. Terapkan metode alternatif 2. Sesuaikan gaya dan kecepatan komunikasi 3. Konfirmasi kembali informasi yang disampaikan pasien <i>Edukasi</i> 1. Gunakan mediator komunikasi bila perlu 2. Anjurkan pasien bicara secara perlahan dan jelas <i>Kolaborasi</i> 1. Rujuk ke terapis wicara atau ahli patologi
4.	Penurunan curah jantung (D. 0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan curah jantung (L.02008) Meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer (5) 2. <i>Ejection fraction</i> (5) 3. <i>Cardiac index</i> (5) 4. <i>Left ventricular stroke work index</i> (5) 5. <i>Stroke volume index</i> (5) Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun	Perawatan jantung (I. 02075) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Identifikasi tanda primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda sekunder penurunan curah jantung 3. Pantau tekanan darah secara berkala 4. Pantau asupan dan keluaran cairan 5. Timbang BB harian di waktu yang sama 6. Pantau saturasi O₂ 7. Pantau keluhan nyeri dada

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 6. Palpitasi (5) 7. Bradikardia (5) 8. Takikardia (5) 9. Gambaran EKG aritmia (5) 10. Lelah (5) 11. Edema (5) 12. Distensi vena jugularis (5) 13. Dispnea (5) 14. Oliguria (5) 15. Sianosis (5) 16. PND (5) 17. Ortopnea (5) 18. Batuk (5) 19. Suara jantung S3 (5) 20. Suara jantung S4 (5) 21. Murmur jantung (5) 22. Hepatomegali (5) 23. PVR (5) 24. SVR (5) Skala : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 25. Tekanan darah (5) 26. CRT (5) 27. PAWP (5) 28. CVP (5) Skala : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	8. Pantau EKG 12 lead 9. Pantau aritmia 10. Pantau hasil laboratorium jantung 11. Monitor fungsi alat pacu jantung 12. Periksa <i>blood pressure</i> dan <i>heart rate</i> sebelum dan sesudah aktivitas 13. Periksa <i>blood pressure</i> dan <i>heart rate</i> sebelum pemberian obat jantung <i>Terapeutik</i> 1. Posisikan semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual 7. Berikan oksigen agar saturasi oksigen >94% <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi 2. Dorong aktivitas fisik secara bertahap 3. Sarankan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga menimbang BB harian 5. Ajarkan pencatatan asupan dan keluaran setiap hari <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi terapi antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung.
5.	Nyeri akut (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan selama diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Sikap protektif (5) 4. Gelisah (5) 5. Kesulitan tidur (5) 6. Perineum terasa tertekan (5) 7. Uterus teraba membulat (5) 8. Ketegangan otot (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Kaji lokasi, karakter, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Nilai skala nyeri 3. Amati respon nyeri non verbal 4. Kaji faktor yang memperburuk dan meringankan nyeri

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		9. Pupil dilatasi (5) 10. Muntah (5) 11. Mual (5) Skala : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 12. Frekuensi nadi (5) 13. Pola napas (5) 14. Tekanan darah (5) 15. Fungsi berkemih (5) 16. Nafsu makan (5) 17. Pola tidur (5) Skala : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	5. Evaluasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Perhatikan pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Amati pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Pantau keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Pantau efek samping penggunaan analgetik <i>Terapeutik</i> 1. Terapkan teknik non farmalogi untuk mengurangi nyeri 2. Atur lingkungan untuk pengurangan nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan cara meredakan nyeri 4. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, durasi, dan pemicu nyeri 2. Sampaikan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memantau nyeri secara mandiri 4. Ajarkan penggunaan analgetik dengan tepat 5. Latih teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai kebutuhan
6.	Defisit nutrisi (D. 0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan (5) 2. Kekuatan otot pengunyah (5) 3. Kekuatan otot menelan (5) 4. Serum albumin (5) 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi (5) 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat (5) 7. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang sehat (5) 8. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang sehat (5) 9. Penyiapan dan	Manajemen nutrisi (I.03119) Tindakan: <i>Observasi</i> 1. Nilai status nutrisi 2. Kaji alergi dan intoleransi makanan 3. Ketahui makanan yang disukai 4. Tentukan kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Evaluasi kebutuhan penggunaan selang nasogastrik 6. Pantau asupan makanan 7. Pantau BB 8. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium <i>Terapeutik</i> 1. Lakukan kebersihan mulut sebelum makan, jika perlu 2. Bantu menentukan pedoman diet

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		penyimpanan minuman yang sehat (5)	3. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai
10.	Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan (5)		4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
			5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
			6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
		Skala:	7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi
		1. Menurun	<i>Edukasi</i>
		2. Cukup menurun	1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu
		3. Sedang	2. Ajarkan diet yang direncanakan
		4. Cukup meningkat	<i>Kolaborasi</i>
		5. Meningkatkan	1. Kolaborasi pemberian obat sebelum makan, jika perlu
11.	Perasaan cepat kenyang (5)		2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi sesuai kebutuhan
12.	Nyeri abdomen (5)		
13.	Sariawan (5)		
14.	Rambut rontok (5)		
15.	Diare (5)		
		Skala:	
		1. Meningkat	
		2. Cukup meningkat	
		3. Sedang	
		4. Cukup menurun	
		5. Menurun	
16.	Berat badan (5)		
17.	Indeks massa tubuh (5)		
18.	Frekuensi makan (5)		
19.	Nafsu makan (5)		
20.	Bising usus (5)		
21.	Tebal lipatan kulit trisep (5)		
22.	Membran mukosa (5)		
		Skala:	
		1. Memburuk	
		2. Cukup memburuk	
		3. Sedang	
		4. Cukup membaik	
		5. Membaik	
7.	Gangguan menelan (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan fungsi gastrointestinal (L.03019) membaik, dengan kriteria hasil:	Pencegahan Aspirasi (I.01018)
		1. Toleransi terhadap makanan (5)	Tindakan :
		2. Nafsu makan (5)	<i>Observasi</i>
		Skala:	1. Pantau tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
		1. Menurun	2. Amati status pemapasan
		2. Cukup menurun	3. Dengarkan bunyi napas, terutama setelah makan/minum
		3. Sedang	4. Periksa residu lambung sebelum memberi asupa oral
		4. Cukup meningkat	5. Periksa selang NGT dalam

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		5. Meningkat	kondisi paten sebelum pemberian nutrisi
		3. Mual (5)	<i>Terapeutik</i>
		4. Muntah (5)	1. Posisikan semi 30 menit sebelum makan
		5. Dispnesia (5)	2. Tetapkan posisi semi Fowler pada pasien tidak sadar
		6. Nyeri abdomen (5)	3. Pastikan jalan napas terbuka
		7. Regurgitasi (5)	4. Pastikan balon ETT mengembang dengan baik
		8. Jumlah residu cairan lambung (5)	5. Lakukan suction, jika sekresi meningkat
		9. Daerah pada feses (5)	6. Sediakan suction di ruangan
		10. Hematemesis (5)	7. Hindari pemberian makan melalui selang, jika residu banyak
		Skala:	8. Berikan makanan dalam bentuk lunak atau porsi kecil
		1. Meningkat	9. Berikan obat oral dalam bentuk cair
		2. Cukup meningkat	<i>Edukasi</i>
		3. Sedang	1. Anjurkan makan perlahan
		4. Cukup menurun	2. Ajarkan cara agar tidak tersedak
		5. Menurun	3. Latih teknik mengunyah dan menelan, jika perlu
		11. Frekuensi BAB (5)	
		12. Konsistensi feses (5)	
		13. Peristaltik usus (5)	
		14. Jumlah feses (5)	
		15. Warna feses (5)	
		Skala:	
		1. Memburuk	
		2. Cukup memburuk	
		3. Sedang	
		4. Cukup membaik	
		5. Membaik	
8.	Gangguan integritas kulit/jaringan (D. 1029)	Setelah tindakan dilakukan keperawatan selama diharapkan integritas kulit dan jaringan (L. 14125) meningkat kriteria hasil : 1. Elastisitas (5) 2. Hidrasi (5) 3. Perfusi jaringan (5) Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 4. Kerusakan jaringan (5) 5. Kerusakan lapisan kulit (5) 6. Nyeri (5) 7. Perdarahan (5) 8. Kemerahan (5) 9. Hematoma (5) 10. Pigmentasi normal (5) 11. Jaringan parut (5) 12. Nekrosis (5) 13. Abrasi kornea (5)	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Kaji penyebab masalah integritas kulit <i>Terapeutik</i> 1. Reposisi setiap 2 jam 2. Pijat ringan pada area tulang yang menonjol, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama diare 4. Gunakan produk berbasis petrolium atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbasis alkohol pada kulit kering <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Sarankan cukup minum 3. Dorong peningkatan asupan nutrisi

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		Skala: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 14. Suhu kulit (5) 15. Sensasi (5) 16. Tekstur (5) 17. Pertumbuhan rambut (5) Skala: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	4. Dorong konsumsi lebih banyak buah dan sayur 5. Hindari paparan suhu ekstrem 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF 30 saat berada di luar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
9.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan Perfusi serebral (L. 02015) Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran (5) 2. Kognitif (5) Skala: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 3. Tekanan intrakranial (5) 4. Sakit kepala (5) 5. Gelisah (5) 6. Kecemasan (5) 7. Agitasi (5) 8. Demam (5) Skala: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 9. Nilai rata-rata tekanan darah (5) 10. Kesadaran (5) 11. Tekanan darah sistolik (5) 12. Tekanan darah diastolik (5) 13. Refleks saraf (5) Skala: 1. Memburuk	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 06198) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Ketahui sebab TIK 2. Pantau tanda TIK meningkat 3. Pantau MAP 4. Pantau CVP 5. Pantau PAWP 6. Pantau PAP 7. Pantau ICP 8. Pantau CPP 9. Pantau gelombang ICP 10. Pantau status pernapasan 11. Pantau masukan dan keluaran cairan 12. Pantau cairan serebro-spinalis <i>Terapeutik</i> 1. Kurangi rangsangan dengan ketenangan lingkungan 2. Posisikan <i>semi fowler</i> 3. Hindari maneuver Valsava 4. Cegah kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari terapi IV hipotonik 7. Atur ventilator supaya PaCO ₂ optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu

No.	SDKI	SLKI	SIKI
		2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	
10.	Risiko jatuh (D. 0143)	Setelah tindakan dilakukan keperawatan selama diharapkan tingkat jatuh (L. 14138) menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur (5) 2. Jatuh saat berdiri (5) 3. Jatuh saat duduk (5) 4. Jatuh saat berjalan (5) 5. Jatuh saat dipindahkan (5) 6. Jatuh saat naik tangga (5) 7. Jatuh saat di kamar mandi (5) 8. Jatuh saat membungkuk (5) Skala : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Pencegahan Jatuh (I. 14540) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Kaji faktor risiko jatuh 2. Ketahui faktor risiko jatuh 3. Nilai faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 4. Hitung risiko jatuh dengan skala penilaian yang sesuai 5. Pantau kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <i>Terapeutik</i> 1. Orientasikan pasien dan keluarga terhadap ruangan 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda terkunci sebelum digunakan 3. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi dekat dengan area perawat 6. Gunakan alat bantu berjalan 7. Dekatkan bel pemanggil agar mudah dijangkau <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan saat berpindah 2. Gunakan alas kaki yang tidak licin 3. Fokuskan perhatian untuk menjaga keseimbangan 4. Lelebarkan jarak kedua kaki saat berdiri untuk meningkatkan stabilitas 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil.

Sumber : SDKI (2017), SLKI (2018), SIKI (2018).

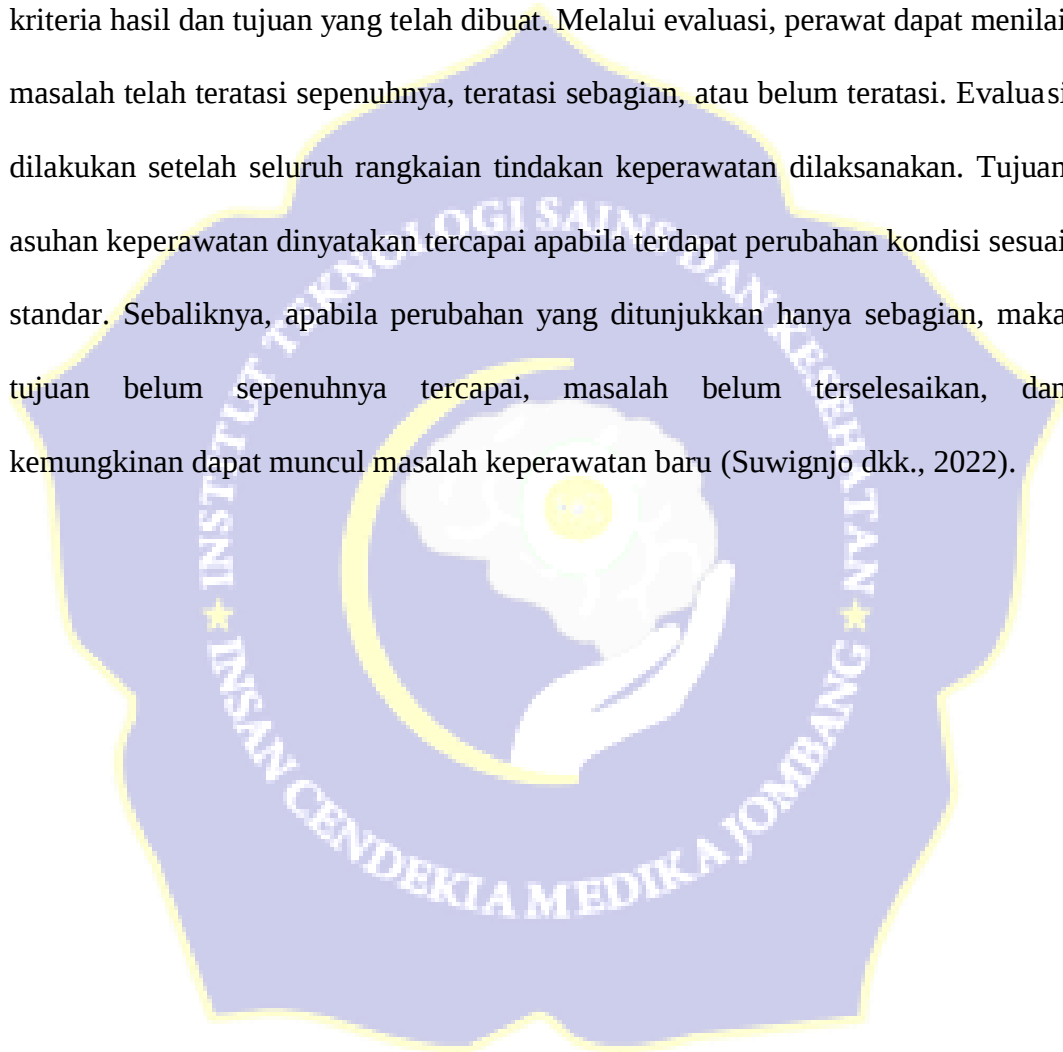
2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan rangkaian tindakan perawat sebagai upaya membantu pasien berpindah dari kondisi sakit menjadi sehat dengan maksimal sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Tindakan keperawatan mencakup berbagai intervensi yang diberikan kepada pasien, meliputi dukungan, pemberian terapi

atau pengobatan, tindakan keperawatan untuk memperbaiki atau mempertahankan kondisi pasien, pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga, serta tindakan pencegahan guna menghindari komplikasi (Bustan & Purnama, 2023).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses akhir, hasil implementasi dibandingkan dengan kriteria hasil dan tujuan yang telah dibuat. Melalui evaluasi, perawat dapat menilai masalah telah teratasi sepenuhnya, teratasi sebagian, atau belum teratasi. Evaluasi dilakukan setelah seluruh rangkaian tindakan keperawatan dilaksanakan. Tujuan asuhan keperawatan dinyatakan tercapai apabila terdapat perubahan kondisi sesuai standar. Sebaliknya, apabila perubahan yang ditunjukkan hanya sebagian, maka tujuan belum sepenuhnya tercapai, masalah belum terselesaikan, dan kemungkinan dapat muncul masalah keperawatan baru (Suwignjo dkk., 2022).



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Studi ini menerapkan studi kasus (*case study*) dengan tujuan untuk menggali secara komprehensif terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA.

3.2 Batasan Istilah

1. Asuhan keperawatan adalah tindakan terstruktur dan sistematis untuk melakukan perawatan, dengan fokus pada bagaimana individu atau kelompok menanggapi risiko atau perubahan dalam kondisi kesehatan mereka.
2. CVA adalah keadaan terjadinya kematian jaringan otak secara tiba-tiba karena aliran darah terganggu sehingga suplai oksigen otak menurun. Kondisi ini bisa dialami semua usia dan dapat terjadi sewaktu-waktu, dengan gejala bertahan 24 jam atau lebih. CVA berisiko menyebabkan kecacatan seperti kelemahan atau kelumpuhan anggota tubuh, gangguan bicara, penurunan fungsi kognitif dan memori, serta komplikasi serius yang dapat berakhir pada kematian (Rahayu & Yamasari, 2024).

3.3 Partisipan

Subjek penelitian ini adalah satu klien atau 1 kasus dengan diagnosa CVA di Ruang Abimanyu RSUD Jombang dengan kriteria berikut :

1. Kriteria inklusi
 - a. Pasien dengan diagnosis *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark atau hemoragik hari pertama
 - b. Pasien dan keluarganya yang bersedia menjadi subjek penelitian

- c. Pasien dengan usia ≥ 45 tahun
- d. Pasien masih dalam fase akut.

2. Kriteria eksklusi

- a. Klien dengan komplikasi penyerta, yaitu CKD.

3.4 Waktu dan Lokasi Penelitian

3.4.1 Waktu penelitian

Studi dilaksanakan sejak tanggal 11 hingga 13 Desember 2025.

3.4.2 Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Ruang Abimanyu RSUD Jombang.

3.5 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data meliputi :

1. Wawancara

Wawancara digunakan agar memperoleh data terkait identitas pasien, keluhan utama, serta riwayat penyakit yang mencakup kondisi sekarang, masa lalu, riwayat keluarga, dan aspek lainnya. Sumber data diperoleh langsung dari klien, anggota keluarga pasien, serta perawat yang bertugas di unit terkait.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengenali masalah kesehatan klien, dengan metode sebagai berikut:

- a. Inspeksi (Pemeriksaan melalui pengamatan langsung terhadap bagian tubuh yang dinilai)
- b. Palpasi (Pemeriksaan dengan cara perabaan untuk mendeteksi adanya kelainan pada bagian tubuh tertentu)

- c. Perkusi (Pemeriksaan dengan teknik mengetuk bagian tubuh untuk menilai kondisi organ atau refleks tertentu)
- d. Auskultasi (Pemeriksaan melalui pendengaran menggunakan alat bantu seperti stetoskop).

3. Studi dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan melalui telaah rekam medis serta hasil pemeriksaan penunjang lainnya yang ada kaitannya dengan kondisi klien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dilakukan dengan metode atau teknik tertentu, yaitu :

1. Pengamatan atau tindakan dengan waktu yang cukup panjang untuk memperoleh gambaran yang komprehensif dan konsisten mengenai kondisi pasien.
2. Triangulasi sumber data, yaitu membandingkan data dari berbagai sumber, seperti pasien lain dengan diagnosis CVA, keluarga pasien, serta perawat yang terlibat dalam perawatan.

3.7 Analisis Data

Proses analisis mengikuti proses berikut :

1. Pengumpulan data

Temuan data dicatat dan disusun menjadi transkrip yang lebih terstruktur untuk memudahkan analisis.

2. Reduksi data

Data yang sudah terkumpul dibedakan menjadi data subjektif dan objektif, lalu dibandingkan dengan teori dan nilai normal.

3. Penyajian data

Data disajikan secara naratif, tabel, grafik atau bagan dan tetap memperhatikan kerahasiaan identitas partisipan.

4. Kesimpulan

Kesimpulan ditarik secara induktif berdasarkan hasil dari seluruh proses asuhan keperawatan.

3.8 Etika Penelitian

1. *Informed consent*

Sebelum studi, responden menandatangani formulir yang menyatakan kesediaan mereka untuk berpartisipasi sebagai subjek studi secara sukarela.

2. *Anonymity*

Identitas responden dijaga agar tidak diungkapkan secara langsung. Responden diberikan penjelasan mengenai tujuan dan maksud penelitian agar memahami peran mereka. Identitas hanya diberikan inisial nama.

3. *Confidentiality*

Peneliti menjamin kerahasiaan data klien untuk menjaga privasinya dan tidak digunakan di luar konteks penelitian.

4. *Ethical clearance*

Studi telah bebas etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) RSUD Jombang dengan nomor: 93/KEPK/XI/2025.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran tempat pengambilan data

Data dikumpulkan di Ruang Abimanyu RSUD Jombang, beralamatkan di Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Jawa Timur. Tempat ini dipilih karena merupakan tempat perawatan pasien dengan kondisi *Cerebro Vascular Accident* (CVA) sesuai dengan fokus penelitian. Ruangan Abimanyu terdiri dari empat unit, yaitu Abimanyu 1 (HCU 1) untuk pasien dengan masalah penyakit paru, Abimanyu 2 (HCU 2) untuk pasien penyakit dalam, Abimanyu 3 (HCU 3) khusus pasien dengan gangguan neurologi, dan Abimanyu 4 untuk pasien yang sudah stabil dan dipindahkan dari Abimanyu 1, 2, atau 3. Lokasi ini dipilih karena sesuai dengan fokus penelitian pada pasien dengan kondisi CVA.

4.1.2 Asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Tanggal masuk : 11 Desember 2025

Jam masuk : 13.10 WIB

Tanggal pengkajian : 11 Desember 2025

Jam pengkajian : 14.10 WIB

No. RM : 58*****

Nama : Ny. N

Umur : 63 tahun

Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Jogoroto, Jombang
 Status pernikahan : Menikah

b. Identitas penanggung jawab pasien

Nama : Ny. A
 Umur : 38 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Bandung, Jombang
 Hubungan dengan pasien : Anak

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan.

b. Riwayat kesehatan saat ini

Berdasarkan keterangan keluarga, pasien mulai merasa tidak enak badan sejak sekitar tiga minggu lalu, tapi masih bisa beraktivitas sehari-hari secara mandiri. Pada Selasa, 9 Desember 2025, pasien diperiksa di praktek bidan terdekat, dengan hasil tekanan darah 180 mmHg, dan diberikan obat anti-hipertensi (amlodipin). Setelah kembali ke rumah,

kondisi pasien memburuk; pasien mengalami kelemahan, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, sehingga dibawa ke UGD Puskesmas terdekat. Pemeriksaan tekanan darah menunjukkan 140 mmHg, dan pasien dipulangkan kembali. Pada Rabu, 10 Desember 2025, pasien mengalami kesulitan menggerakkan tangan dan kaki kanan serta bicara pelo, namun masih sadar. Pasien kemudian diperiksa di praktek dokter terdekat dan dirujuk ke IGD RSUD Jombang pada pukul 14.30. Di IGD, kondisi pasien tetap sama, kemudian dipindahkan ke Ruang Abimanyu RSUD Jombang pada Kamis, 11 Desember 2025 pukul 13.10 WIB.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga menyampaikan bahwa pasien mengidap hipertensi sejak satu tahun lalu. Klien rutin konsumsi obat anti-hipertensi yang diberikan saat pemeriksaan posyandu lansia, namun sering tidak melanjutkan obat jika persediaan habis.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga melaporkan tidak ada riwayat penyakit kronis maupun menular dalam keluarga.

3. Pola fungsi kesehatan

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien menyatakan tidak merokok maupun mengonsumsi alkohol. Saat ini pasien rutin mengonsumsi amlodipin 5 mg sekali sehari. Pasien mengalami gatal-gatal bila terkena debu. Pasien berharap dapat segera pulih sehingga dapat berkumpul kembali dengan keluarga di Rumah.

b. Nutrisi dan metabolik

Di rumah, pasien makan tiga kali sehari dan cenderung mengonsumsi makanan asin. Selama di rumah sakit, pasien diberikan diet khusus stroke berupa nasi tim dengan total kalori 1700 kkal, diberikan tiga kali dalam 24 jam. Nafsu makan pasien menurun, namun tidak mengalami kesulitan menelan. Asupan air putih tercatat 500 ml/24 jam.

c. Aktivitas dan latihan

Keluarga pasien menyampaikan bahwa di Rumah, pasien mampu beraktivitas sehari-hari secara mandiri. Selama MRS, pasien hanya berbaring di *bed* dan aktivitas dibantu keluarga.

Tabel 4. 1 Aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			√		
Mandi			√		
Toileting			√		
Berpakaian			√		
Berpindah			√		
Mobilisasi di tempat tidur & ROM			√		
0 : Mandiri	2 : Dibantu orang	4 : Tergantung total			
1 : Menggunakan alat bantu	3 : Dibantu orang lain dan alat				

d. Istirahat dan tidur

Pasien biasa tidur sekitar 8–9 jam pada siang dan malam hari di rumah. Selama di rumah sakit, pasien sering istirahat.

e. Eliminasi

Pasien mengatakan terbiasa BAB 1x dalam sehari, terakhir BAB 2 hari yang lalu sewaktu di rumah berwarna kuning kecoklatan. Selama MRS belum buang air besar, buang air kecil spontan, terbiasa BAK 5-6x/24 jam, warna urin kuning jernih, jumlah urine 950 cc/24 jam.

f. Pola persepsi diri (Konsep diri)

Pasien menyatakan tidak malu dengan keadaannya saat ini. Di

rumah, pasien berperan sebagai istri, ibu, dan nenek, sementara di rumah sakit berperan sebagai pasien. Penampilan pasien tetap terjaga rapi. Sistem pendukung pasien adalah keluarga, dan pasien memiliki motivasi tinggi untuk sembuh serta kembali ke rumah agar keluarganya tidak terlalu khawatir selama perawatan di rumah sakit.

g. Pola peran dan hubungan sosial

Pasien saat ini tidak dapat menjalankan peran dan tanggung jawabnya di rumah karena statusnya sebagai pasien,. Namun, pasien mampu berinteraksi dengan baik dengan orang lain di lingkungan rumah sakit.

h. Pola seksual dan reproduksi

Pasien telah memasuki masa *menopause*.

i. Kognitif perseptual

Keadaan mental pasien baik, pasien disartria, bicara lambat dengan artikulasi kurang jelas, volume suara rendah pengucapan kata tidak sempurna, pasien mampu memahami kata-kata sederhana, mampu mendengar dengan jelas, mampu melihat dengan jelas.

j. Pola nilai dan keyakinan

Klien beragama Islam dan menyadari kondisi yang dialami merupakan ujian dari Allah, serta kesembuhan atau obat-obatan diberikan oleh-Nya. Pasien mengaku sedikit cemas mengenai kondisinya saat ini, namun tetap yakin dapat segera sembuh dan kembali ke rumah.

4. Pengkajian

a. Tanda vital

Tekanan darah : 170/90 mmHg

Nadi : 86 x/menit

Suhu : 36,8°C

Pernapasan : 19 x/menit

SpO₂ : 98%

GCS : E4V5M6

Kesadaran : *Composmentis*

Status gizi : Normal

BB : 62 kg

TB : 160 cm

Sikap : Tenang

b. Pemeriksaan persistem

1) B1 (*Breathing*)

Dada pasien simetris, bernapas spontan dengan pola reguler dan frekuensi 19 x/menit, SpO₂ 98%. Tidak terdapat sesak, suara napas tambahan, maupun nyeri. Hasil foto thoraks menunjukkan paru-paru tampak normal, tanpa kelainan.

2) B2 (*Blood*)

Jantung berirama teratur, tanpa suara tambahan. *Blood peressure* 170/90 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,8°C. Hasil foto *thoraks* menunjukkan *cor perminent* (kardiomegali).

3) B3 (*Brain*)

Kesadaran *composmentis*, GCS 4/5, pasien mengalami disartria, pasien mengeluh pusing, mual, pupil isokor, refleks pupil +/+, konjungtiva an anemis, hasil CT scan: *subacute trombotic infarction* pada percabangan arteri *cerebral* di *pons* kiri, *insular cortex* kanan, *subcortical lobus parietal* kanan kiri dan *thalamus* kanan, *chronic trombotic infarction* pada percabangan arteri *cerebral* di *cortical lobus occipital* kiri, tak tampak perdarahan pada *brain parenchyme*, *cerebral arteriosclerosis*.

4) B4 (*Bladder*)

BAK spontan, tidak terpasang kateter, urine produksi 950 cc/24 jam berwarna kuning jernih.

5) B5 (*Bowel*)

★ Bentuk abdomen simetris, supple, tidak terpasang NGT, tidak terpasang kolostomi, terakhir BAB 2 hari yang lalu, bising usus : 12x/menit. Pasien menggunakan pampers.

6) B6 (*Bone*)

Kekuatan otot tercatat 3/5 pada anggota tubuh kanan dan 3/5 pada anggota tubuh kiri. Turgor kulit kurang dari 2 detik, tidak terdapat edema. Pasien merasakan nyeri saat menggerakkan ekstremitas kanan. Tidak ditemukan sianosis, akral terasa hangat. Pasien mengalami *hemiparese dextra*. Warna kulit pasien sawo matang.

5. Pemeriksaan penunjang

a. CT Scan kepala

Tabel 4. 2 Pemeriksaan CT Scan kepala

Pemeriksaan CT Scan Kepala Tanggal 10 Desember 2025	
Hasil :	- Lesi <i>hipodense</i> dengan batas tidak tegas tampak di <i>pons</i> kiri, <i>insular cortex</i> kanan, <i>subcortical lobus parietal</i> kanan dan kiri, serta <i>thalamus</i> kanan. - Lesi <i>hipodense</i> dengan batas tegas tampak di <i>cortical lobus occipital</i> kiri. - Tidak ditemukan lesi <i>hiperdense</i> pada parenkim otak. - <i>Sulci</i> dan <i>gyri</i> normal. - Sistem ventrikel dan <i>cysterna</i> normal. - <i>Pons</i> dan <i>cerebellum</i> normal. - Tampak kalsifikasi arteri vertebra dan MCA kanan-kiri. - Tidak terdapat <i>deviasi midline</i>. - Orbita, mastoid, dan sinus paranasal kanan-kiri tampak normal. - <i>Calvaria</i> normal. - Tidak terlihat proses osteolitik atau osteoblastik.
Kesimpulan :	- <i>Subacute thrombotic infarction</i> pada percabangan arteri serebral di <i>pons</i> kiri, <i>insular cortex</i> kanan, <i>subcortical lobus parietal</i> kanan dan kiri, serta <i>thalamus</i> kanan. - <i>Chronic thrombotic infarction</i> pada percabangan arteri serebral di <i>cortical lobus occipital</i> kiri. - Tidak ada perdarahan pada parenkim otak. - <i>Cerebral arteriosclerosis</i>.
Sumber : Radiologi RSUD Jombang, 2025.	

b. Foto Thoraks

Tabel 4. 3 pemeriksaan foto thoraks

Pemeriksaan Foto Thoraks Tanggal 10 Desember 2025	
Hasil :	- Cor: terlihat membesar. - Pulmo: tidak tampak infiltrat. - Trakea di tengah. - Hemidiafragma kanan-kiri baik. - <i>Sinus phrenicocostalis</i> kanan-kiri tajam. - Tulang-tulang dan jaringan lunak normal.
Kesan :	- <i>Cor perminent</i> (kardiomegali) - Pulmo normal
Sumber : Radiologi RSUD Jombang, 2025.	

c. Darah Lengkap

Tabel 4. 4 Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
10 Desember 2025			
Hematologi			
Hemoglobin	13.2	g/dL	11.7 - 15.5
Leukosit	7.70	$10^3/\mu\text{l}$	3.6 - 11
Hematokrit	37.7	%	35 - 47

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Eritrosit	4.27	$10^6/\mu\text{l}$	3.8 - 5.2
MCV	88.2	fL	82 - 92
MCH	31.0	Pg	27 - 31
MCHC	35.1	g/dL	31 - 36
RDW-CV	13.5	%	11.5 - 14.5
Trombosit	224	$10^3/\mu\text{l}$	150 - 440
Limfosit	22.8	%	25 - 40
Monosit	6.4	%	2 - 8
Immature granulocyte (IG)	0.3	%	< 3
Neutrofil absolut (ANC)	5.16	$10^3/\mu\text{l}$	2.5 - 7
Limfosit absolut (ALC)	1.8	$10^3/\mu\text{l}$	1.3 - 3.6
NLR	2.94	-	< 3.13
NRBC	-	-	-
FT ratio	0.00	-	< 0.2
Kimia klinik			
Glukosa darah acak	94	mg/dL	55 - 200
Kreatinin	1.07	mg/dL	0.6 - 1.1
Urea	33.4	mg/dL	13 - 43
SGOT	17	U/L	13 - 35
SGPT	12	U/L	7 - 35
Natrium	140	mmol/L	135 - 147
Kalium	3.80	mmol/L	3.5 - 5
Klorida	106	mmol/L	95 - 105
11 Desember 2025			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Gula darah puasa	112	mg/dL	70 - 110
Gula darah 2 jam pasca puasa	181	mg/dL	< 126
Asam urat	6.39	mg/dL	2.3 - 6.6
Kolesterol	204	mg/dL	< 200
Trigliserida	255	mg/dL	< 200
HDL kolesterol	47	mg/dL	> 45
LDL kolesterol	130	mg/dL	< 150

Sumber : Laboratorium RSUD Jombang, 2025.

6. Terapi medik

Tabel 4. 5 Terapi medik

No.	Terapi	Dosis	Rute
1.	NaCl 0,9%	500 ml/24 jam	Intra Vena
2.	Neurobion	1x1	Intra Vena
3.	Ranitidine	2x50 mg	Intra Vena
4.	Citicoline	2x500 mg	Intra Vena
5.	Amlodipin	1x10 mg	Per oral
6.	Farmasal	0-0-100 mg	Per oral
7.	Fenofibrate	0-0-300 mg	Per oral
8.	Betahistin	3x6 mg	Per oral

Sumber : Rekam medik pasien, 2025.

4.1.3 Analisa data pasien

Tabel 4. 6 Analisa data pasien

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : 1. Pasien mengeluh pusing, mual, dan badan lemas. DO : 1. Keadaan umum lemah 2. Pupil isokor, refleks pupil +/- 3. Konjungtiva an anemis 4. TTV : TD : 170/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,8°C RR : 19x/menit 5. MAP = 117 mmHg 6. Kesadaran Composmentis 7. GCS 456 8. Gula darah dan kolesterol diatas batas normal 9. Hasil CT Scan : <i>Subacute trombotic infarction</i> pada percabangan arteri cerebral di pons kiri, insular cortex kanan, subcortical lobus <i>parietal</i> kanan kiri dan thalamus kanan, <i>Chronic trombotic infarction</i> pada percabangan arteri cerebral di cortical lobus occipital kiri, Tak tampak perdarahan pada <i>brain parenchyme</i> , <i>Cerebral arteriosclerosis</i>	-	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	DS : 1. Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan 2. Nyeri ketika menggerakkan ekstremitas kanan. DO : 1. Kekuatan otot 3/5 2. ROM menurun 3. Keadaan umum lemah 4. Aktivitas dan latihan dibantu keluarga 5. Pasien tampak kesulitan menggerakkan tangan dan kaki kanan	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS : - DO : 1. Disartria 2. Bicara pelo 3. Artikulasi kurang jelas 4. volume suara rendah 5. Pengucapan kata tidak sempurna.	Gangguan neuromuskular	Gangguan komunikasi verbal

Sumber: Data primer, 2025.

4.1.4 Diagnosa keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan keluhan pasien pusing (D.0017)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan *hemiparese dextra* (D.0054)
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan disartria (D. 0119) (SDKI, 2017).

4.1.5 Intervensi keperawatan

Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing (D. 0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi serebral (L. 02015) Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan intrakranial (5) 2. Sakit kepala menurun (5) 3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 06198) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Ketahui penyebab TIK 2. Pantau gejala TIK meningkat 3. Pantau MAP 4. Pantau CVP 5. Pantau PAWP 6. Pantau PAP 7. Pantau ICP 8. Pantau CPP 9. Pantau gelombang ICP 10. Pantau status pernapasan 11. Pantau masukan dan keluaran cairan 12. Pantau cairan serebro-spinalis <i>Terapeutik</i> 13. Kurangi rangsangan dengan ketenangan lingkungan 14. Posisikan <i>semi fowler</i> 15. Hindari maneuver Valsava 16. Cegah kejang 17. Hindari penggunaan PEEP 18. Hindari terapi IV hipotonik 19. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 20. Pertahankan suhu tubuh normal <i>Kolaborasi</i> 21. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromusku	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas fisik (L.05042)	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Kaji nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Tentukan sejauh mana mampu bergerak 3. Pantau <i>bllood pressure</i> dan <i>heart rate</i> sebelum mobilisasi

No	SDKI	SLKI	SIKI
	lar dibuktikan dengan hemiparese dextra (D. 0054)	Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Nyeri menurun (5) 5. Kelemahan fisik menurun (5)	4. Amati keadaan pasien saat mobilisasi. <i>Terapeutik</i> 5. Fasilitasi mobilisasi dengan alat 6. Bantu pasien bergerak bila diperlukan 7. Libatkan keluarga untuk mendukung pasien dalam meningkatkan kemampuan gerak <i>Edukasi</i> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Dorong melakukan mobilisasi sedini mungkin 10. Ajarkan gerakan sederhana yang bisa dilakukan Pemantauan Neurologis (I.06197) <i>Observasi</i> 1. Pantau ukuran, bentuk, simetri, dan reaktivitas pupil 2. Pantau tingkat kesadaran 3. Pantau orientasi (waktu, tempat dan orang) 4. Amati ingatan jangka pendek, memori masa lalu, <i>mood</i> dan perilaku 5. Pantau tanda vital 6. Pantau status pernapasan 7. Periksa refleks kornea 8. Pantau refleks batuk dan muntah 9. Observasi ritme otot 10. Pantau kekuatan genggam tangan 11. Periksa simetri wajah 12. Tanyakan dan catat keluhan pusing <i>Terapeutik</i> 13. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, jika perlu 14. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan TIK 15. Sesuaikan interval pemantauan dengan kondisi pasien 16. Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi</i> 17. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 18. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular lar dibuktikan dengan disartria (D. 0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Komunikasi verbal (L.13118) Meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat (5) 2. Disartria	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492) Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Pantau kecepatan bicara, tekanan suara dan artikulasi 2. Amati proses kognitif, anatomi dan fisiologi saat bicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan gerakan fisik sebagai bentuk komunikasi non verbal <i>Terapeutik</i> 4. Terapkan metode alternatif 5. Sesuaikan gaya dan kecepatan komunikasi sesuai kemampuan 6. Konfirmasi kembali informasi yang

No	SDKI	SLKI	SIKI
		menurun (5)	diberikan pasien
			<i>Edukasi</i>
			7. Gunakan mediator komunikasi bila perlu
			8. Anjurkan pasien bicara secara perlahan dan jelas
			<i>Kolaborasi</i>
			9. Rujuk ke terapis wicara atau ahli patologi

Sumber : SDKI (2017), SLKI (2018), SIKI (2018).

4.1.6 Implementasi keperawatan

Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
D. 0017	Kamis, 11 Desember 2025	14.30 WIB	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : Perawat mengidentifikasi faktor risiko peningkatan tekanan intrakranial (TIK) berupa riwayat hipertensi, hasil CT scan menunjukkan CVA infark, dan keterbatasan mobilisasi.	Firda
		14.35 WIB	2. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : Pemantauan dilakukan terhadap tingkat kesadaran, nyeri kepala, mual, muntah, tekanan darah, frekuensi nadi, pola napas dan perubahan pupil. Tidak ditemukan penurunan kesadaran atau muntah proyektil, pasien mengeluh pusing dan mual, pasien sadar composmentis, TD 170/90, Nadi 86x/menit, pola napas spontan reguler dengan frekuensi 19x/menit.	Firda
		14.37 WIB	3. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) Hasil : $MAP = (DBP \times 2 + SBP) / 3$ $= 90 \times 2 + 170 / 3$ $= 117 \text{ mmHg}$	Firda
		14.40 WIB	4. Memonitor status pernapasan Hasil : Perawat memantau frekuensi napas, pola napas, dan saturasi oksigen. Pasien bernapas spontan dengan frekuensi 19 kali/menit dan saturasi oksigen 98%.	Firda
		14.45 WIB	5. Berkolaborasi pemberian obat citicolin 500 mg dan ranitidine 50 mg Hasil : Tidak ditemukan reaksi alergi atau efek samping akut setelah pemberian	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			obat.	
		14.55 WIB	6. Mengidentifikasi apakah pasien dan keluarga bisa menerima informasi Hasil : Klien kooperatif, dan paham terhadap penjelasan yang diberikan.	Firda
		14.58 WIB	7. Mengidentifikasi pola makan pasien Hasil : Klien terbiasa konsumsi tinggi garam dan lemak sebelum sakit. Saat ini pasien mengikuti diet rumah sakit sesuai anjuran medis.	Firda
		15.00 WIB	8. Mengurangi stimulus dengan menenangkan lingkungan Hasil : Kamar perawatan diatur agar kondusif, pencahayaan cukup, dan membatasi kunjungan untuk mengurangi rangsangan berlebih yang dapat meningkatkan TIK.	Firda
		15.03 WIB	9. Menyempatkan pasien dan keluarga bertanya Hasil : Kesempatan bertanya terkait kondisi, perawatan, dan pencegahan komplikasi diberikan. Pertanyaan dijawab dengan bahasa yang mudah dipahami.	Firda
		15.10 WIB	10. Menjelaskan dan menganjurkan kepatuhan diet terhadap kesehatan Hasil : Perawat menjelaskan pentingnya kepatuhan terhadap diet rendah garam dan rendah lemak untuk menjaga tekanan darah dan perfusi serebral.	Firda
		15.15 WIB	11. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang Hasil : Klien dan keluarga diinformasikan mengenai makanan yang dianjurkan seperti sayur, buah, dan protein rendah lemak, serta pantangan.	Firda
		17.30 WIB	12. Memantau cairan Hasil : Asupan : cairan infus 500 cc/24 jam, air mineral 300 cc/24 jam Output : BAK 750 cc/24 jam.	Firda
		17.00 WIB	13. Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil : Seluruh hasil pemantauan tanda vital, status neurologis, intake-output, dan respon terapi didokumentasikan secara lengkap dan akurat dalam catatan keperawatan.	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
D. 0054	Kamis, 11 Desember 2025	17.30 WIB	1. Mengidentifikasi keluhan fisik Hasil : <i>Hemiparesis dextra</i> , pusing. Kekuatan otot: 3 5 3 5	Firda
		17.35 WIB	2. Melakukan identifikasi toleransi fisik untuk bergerak Hasil : Pasien terbatas dalam beraktivitas.	Firda
		17.45 WIB	3. Memonitor irama otot, gerakan motor, gaya berjalan dan proprioception Hasil : Pasien mengalami kelemahan ekstremitas kanan dan belum diperbolehkan berjalan dan bangun dari tempat tidur.	Firda
D. 0119	Kamis, 11 Desember 2025	17.50 WIB	1. Memonitoring kecepatan tekanan dan diksi bicara Hasil : Ditemukan bicara lambat dengan pelo, volume suara rendah, dan pengucapan kata tidak sempurna.	Firda
		17.55 WIB	2. Memonitor memori, pendengaran dan bahasa Hasil : Kesadaran baik dan mampu memahami perintah sederhana. Fungsi pendengaran adekuat, namun terdapat gangguan koordinasi otot bicara (bibir dan lidah) yang memengaruhi kejelasan pengucapan.	Firda
		17.57 WIB	3. Menggunakan metode komunikasi alternatif Hasil : Perawat menggunakan metode komunikasi alternatif seperti pertanyaan tertutup (ya/tidak) dan isyarat anggukan kepala.	Firda
		18.00 WIB	4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Hasil : Perawat mengulangi kembali kata atau kalimat yang diucapkan pasien untuk memastikan kebenaran informasi dan meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam berkomunikasi.	Firda
		18.05 WIB	5. Mengajarkan berbicara perlahan Hasil : Pasien dianjurkan berbicara secara perlahan dan mengambil napas sebelum berbicara. Pasien tampak berusaha mengikuti anjuran meskipun masih memerlukan waktu	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			lebih lama untuk menyampaikan pesan.	
D. 0017	Jum'at, 12 Desember 2025	07.30 WIB	1. Memonitoring tanda dan gejala TIK meningkat Hasil : Tensi 140/80 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, pola napas spontan dan reguler dengan frekuensi napas 17x/menit, kesadaran composmentis	Firda
		07.31 WIB	2. Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil : $MAP = (DBP \times 2 + SBP) / 3$ $= 80 \times 2 + 140 / 3$ $= 100 \text{ mmHg}$	Firda
		07.33 WIB	3. Memonitor status pernapasan Hasil : Perawat memantau frekuensi napas, pola napas, dan saturasi oksigen. Pasien bernapas spontan dengan frekuensi 17 kali/menit dan saturasi oksigen 99%.	Firda
		07.35 WIB	4. Berkolaborasi pemberian obat citicoline 500 mg dan ranitidine 50 mg Hasil : Pasien mendapat terapi obat citicolin 500 mg, ranitidine 50 mg dan tidak ditemukan reaksi alergi atau efek samping akut setelah pemberian obat.	Firda
		08.00 WIB	5. Memonitoring <i>intake</i> dan <i>output</i> Hasil : Masukan : infus 500 ml/24 jam dan air mineral 600 ml/24 jam Keluaran : BAK 1100 cc/24 jam	Firda
D. 0054	Jum'at, 12 Desember 2025	08.30 WIB	1. Mengidentifikasi keluhan fisik kanan sudah bisa sedikit digerakkan, pusing berkurang. Kekuatan otot 4/5/3/5	Firda
		08.35 WIB	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Klien mampu menggerakkan tangan kanan namun masih lemah, kaki kanan belum bisa digerakkan	Firda
		08.40 WIB	3. Menganjurkan mobilisasi dini Hasil : Klien dianjurkan mobilisasi dini secara bertahap sesuai kemampuan dan kondisi neurologis untuk mencegah kontraktur, dekubitus, dan trombosis.	Firda
		08.45 WIB	4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Perawat menjelaskan tujuannya	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			untuk meningkatkan kekuatan otot, mencegah kaku sendi, memperbaiki sirkulasi, dan membantu proses pemulihan fungsi tubuh pascastroke. Prosedur mobilisasi dijelaskan kepada pasien dan keluarga.	
		08.50 WIB	5. Memonitoring HR dan TD sebelum mobilisasi Hasil : Pemeriksaan TTV dilakukan sebelum mobilisasi. Kondisi dinilai stabil dan memungkinkan dilakukan mobilisasi dengan pengawasan.	Firda
		08.55 WIB	6. Membantu pasien bergerak Hasil : Pasien dibantu ROM pasif dan dilakukan dalam pengawasan ketat.	Firda
		08.57 WIB	7. Mengajarkan mobilisasi sederhana Hasil : Klien dan keluarga diajarkan ROM pasif dan aktif terbantu pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, serta latihan menggenggam dan menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan.	Firda
		09.00 WIB	8. Memonitoring kondisi selama mobilisasi Hasil : Pasien tampak kooperatif, tidak mengalami penurunan kesadaran, pusing, atau sesak napas, meskipun masih terlihat kelemahan pada sisi tubuh yang terkena.	Firda
		09.01 WIB	9. Melibatkan keluarga membantu pasien meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga dilibatkan sesuai instruksi perawat, serta diberikan edukasi mengenai posisi yang benar dan cara membantu pergerakan pasien secara aman untuk mencegah cedera.	Firda
		09.30 WIB	10. Berkolaborasi dengan fisioterapis dalam melatih pergerakan ROM Hasil : Fisioterapis memberikan panduan jenis latihan ROM pasif dan aktif-bantu pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Latihan ROM dilakukan secara bertahap pada ekstremitas atas dan bawah sisi lemah dengan memperhatikan toleransi pasien. Pasien mampu mengikuti latihan ROM dengan bantuan, tampak kooperatif selama latihan berlangsung. Tidak ditemukan tanda nyeri	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			berlebihan, spasme otot, atau kelelahan selama latihan. Rentang gerak sendi pada ekstremitas yang terkena menunjukkan peningkatan setelah latihan. Keluarga diberikan edukasi oleh perawat dan fisioterapis mengenai teknik dasar latihan ROM yang aman untuk dilanjutkan di rumah. Kondisi umum pasien stabil sebelum dan sesudah latihan.	
D. 0119	Jum'at, 12 Desember 2025	10.00 WIB	1. Memonitoring laju tekanan dan diksi bicara Hasil : Kecepatan normal, tekanan suara cukup jelas dan stabil, diksi/artikulasi kata jelas, tidak terdengar pelo, pasien mampu mengucapkan kata dan kalimat sederhana dengan baik	Firda
		10.05 WIB	2. Memonitor misal memori, pendengaran dan bahasa Hasil : Klien mampu memahami dan merespons pertanyaan dengan tepat, fungsi memori jangka pendek dan orientasi baik, pendengaran adekuat.	Firda
		10.10 WIB	3. Menganjurkan berbicara perlahan Hasil : Pasien mengikuti anjuran untuk berbicara perlahan saat berkomunikasi, tidak tampak kelelahan atau frustrasi saat berbicara.	Firda
D. 0017	Sabtu, 13 Desember 2025	16.30 WIB	1. Memonitoring peningkatan TIK Hasil : TD 120/70 mmHg, Nadi 80x/menit, pola napas spontan dan reguler dengan frekuensi napas 22x/menit, kesadaran composmentis	Firda
		16.31 WIB	2. Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) Hasil : $\text{MAP} = (\text{DBP} \times 2 + \text{SBP}) / 3$ $= 70 \times 2 + 120 / 3$ $= 87 \text{ mmHg}$	Firda
		16.32 WIB	3. Memonitor status pernapasan Hasil : Perawat memantau frekuensi napas, pola napas, dan saturasi oksigen. Pasien bernapas spontan dengan frekuensi 22 kali/menit dan SpO2 99%.	Firda
		17.00 WIB	4. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> Hasil : Intake : cairan infus 1000 cc/24 jam,	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			air mineral 800 cc/24 jam Output : 1.780mcc/24 jam	
		17.10 WIB	5. Berkolaborasi pemberian obat citicoline 500 mg, ranitidine 50 mg, NaCl 0,9% 500 cc, neurobion 1x1, betahistin 6 mg Hasil : Perawat berkolaborasi dengan dokter dalam pelaksanaan pemberian obat. Pasien mendapat terapi obat citicoline 500 mg, ranitidine 50 mg, NaCl 0,9% 500 cc, neurobion 1x1, betahistin 6 mg dan tidak ditemukan reaksi alergi atau efek samping akut setelah pemberian obat.	Firda
D. 0054	Sabtu, 13 Desember 2025	17.30 WIB	1. Melakukan identifikasi nyeri Hasil : Ekstremitas kanan bisa digerakkan dan tidak pusing	Firda
		17.35 WIB	2. Mengkajii toleransi fisik untuk bergerak Hasil : Klien sudah bisa menggerakkan seluruh anggota badan	Firda
		17.36 WIB	3. Memeriksa <i>heart rate</i> dan blood pressure sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD : 120/70 mmHg N : 88x/menit	Firda
		17.40 WIB	4. Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : Perawat melakukan gerakan ROM aktif.	Firda
		17.41 WIB	5. Memonitoring kondisi selama mobilisasi Hasil : Pasien kooperatif, tidak mengalami penurunan kesadaran, pusing, atau sesak napas, anggota tubuh yang mengalami kelemahan sudah bisa digerakkan.	Firda
		16.21 WIB	6. Melibatkan keluarga membantu pasien meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga dilibatkan sesuai instruksi perawat, serta diberikan edukasi mengenai posisi yang benar dan cara membantu pergerakan pasien secara aman untuk mencegah cedera.	Firda

Sumber : Data primer, 2025.

4.1.7 Evaluasi keperawatan

Tabel 4. 9 Evaluasi keperawatan

NO. DX	HARI/TGL	JAM	PERKEMBANGAN	PARAF
D. 0017	Kamis, 11 Desember 2025.	20.00 WIB	S : 1. Pasien mengeluh pusing dan mual. 2. Pasien dan keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan terkait kondisi dan perawatan. O : 1. Kesadaran compos mentis 2. TD : 150/80 mmHg 3. N : 78x/menit 4. S : 36,2°C 5. RR : 21x/menit 6. Tidak ditemukan muntah proyektil atau penurunan kesadaran. 7. Pupil isokor dan reaktif. 8. MAP terhitung 117 mmHg. 9. Intake cairan: 800 cc/24 jam (infus 500 cc, oral 300 cc). Output urin: 750 cc/24 jam. A : Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau tanda TIK meningkat 2. Pantau MAP 3. Pantau status pernapasan pasien 4. Kolaborasi dalam pemberian obat 5. Pantau asupan dan keluaran cairan pasien	Firda
D. 0054	Kamis, 11 Desember 2025.	20.00 WIB	S : 1. Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan. 2. Pasien mengeluh pusing dan mual, namun tidak disertai muntah. 3. Pasien menyatakan nyeri dengan skala 3. O : 1. Kekuatan otot : 3/5/3/5 2. Pasien tampak terbatas dalam melakukan aktivitas karena tangan dan kaki kanan tidak dapat digerakkan secara mandiri 3. ROM pasif 4. Tampak kelemahan ekstremitas kanan A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi keluhan fisik yang dialami pasien 2. Nilai toleransi fisik pasien dalam melakukan pergerakan, serta menganjurkan mobilisasi dini 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	PERKEMBANGAN	PARAF
			kepada pasien 4. Pantau <i>heart rate</i> dan <i>blood pressure</i> sebelum memulai mobilisasi 5. Fasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan pasien 7. Pantau kondisi umum pasien selama mobilisasi 8. Libatkan keluarga untuk membantu meningkatkan kemampuan gerak pasien 9. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam melatih pergerakan dan ROM pasien	
D. 0119	Kamis, 11 Desember 2025.	20.00 WIB	S :- O : 1. Bicara pasien lambat dengan artikulasi kurang jelas (pelo). 2. Volume suara rendah dan pengucapan kata tidak sempurna. 3. Kesadaran baik, pasien mampu memahami perintah sederhana. 4. Fungsi pendengaran adekuat. 5. Terlihat gangguan koordinasi otot bicara (bibir dan lidah). 6. Komunikasi dibantu dengan pertanyaan tertutup dan isyarat nonverbal. 7. Pasien tampak berusaha mengikuti anjuran berbicara perlahan A : Gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Pantau kecepatan, tekanan, dan diksi bicara pasien 2. Pantau proses kognitif, anatomi, dan fisiologi saat berbicara, seperti memori, pendengaran, dan kemampuan bahasa 3. Anjurkan pasien untuk berbicara secara perlahan	Firda
D. 0017	Jum'at, 12 Desember 2025	13.30 WIB	S : 1. Pasien tidak mengeluh nyeri kepala hebat. 2. Pasien tidak mengeluh mual atau muntah. 3. Pasien menyatakan merasa cukup nyaman O : 1. TD : 140/80 mmHg 2. N : 85x/menit 3. S : 36,5°C 4. RR : 17x/menit 5. Kesadaran compos mentis. 6. MAP terhitung 100 mmHg. 7. Intake cairan: 1.100 ml/24 jam (infus 500 ml, oral 600 ml). Output urin: 1.100 ml/24 jam. 8. Terapi obat diberikan sesuai program medis (kolaborasi dengan dokter).	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	PERKEMBANGAN	PARAF
			A : Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Pantau tanda TIK meningkat 2. Pantau MAP 3. Pantau status pernapasan pasien 4. Kolaborasi dalam pemberian obat 5. Pantau asupan dan keluaran cairan pasien	
D. 0054	Jum'at, 12 Desember 2025	13.30 WIB	S : 1. Pasien mengatakan kaki kanan masih sulit digerakkan. 2. Pasien menyampaikan tangan kanan sudah dapat digerakkan sedikit. 3. Pasien mengatakan pusing berkurang dan tidak mual. 4. Pasien bersedia dan mau mencoba latihan pergerakan yang dianjurkan. O : 1. Kekuatan otot : 4/5/3/5 2. Pasien mampu menggerakkan tangan kanan dengan bantuan, namun masih tampak lemah 3. Kaki kanan belum mampu digerakkan secara aktif. 4. Rentang gerak sendi menunjukkan peningkatan setelah latihan. A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 1. Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Fasilitasi melakukan pergerakan 5. Pantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi 6. Libatkan keluarga membantu pasien meningkatkan pergerakan	Firda
D. 0119	Jum'at, 12 Desember 2025	13.30 WIB	S : 1. Pasien menyatakan sudah dapat berbicara dengan lebih jelas. 2. Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan berarti saat menyampaikan kebutuhan. 3. Pasien merasa nyaman saat berkomunikasi. O : 1. Kecepatan bicara dalam batas normal. 2. Tekanan suara jelas dan stabil. 3. Diksi dan artikulasi kata jelas, tidak terdengar pelo.	Firda

NO. DX	HARI/TGL	JAM	PERKEMBANGAN	PARAF
			4. Pasien mampu mengucapkan kata dan kalimat sederhana dengan baik. 5. Pasien mampu memahami dan merespons pertanyaan dengan tepat. 6. Fungsi memori jangka pendek dan orientasi baik. 7. Pendengaran adekuat dan mampu mengikuti instruksi verbal. 8. Fungsi bahasa reseptif dan ekspresif baik, tidak ditemukan afasia. 9. Pasien mengikuti anjuran berbicara perlahan tanpa tampak kelelahan atau frustrasi. A : gangguan komunikasi verbal teratasi P : intervensi dihentikan, tidak ada masalah pada komunikasi verbal pasien	
D. 0017	Sabtu, 13 Desember 2025	13.30 WIB	S : 1. Pasien tidak mengeluh nyeri kepala. 2. Pasien tidak mengeluh mual maupun muntah. O : 1. TD : 120/70 mmHg 2. N : 80x/menit 3. S : 37°C 4. RR : 22x/menit 5. Tingkat kesadaran compos mentis. 6. MAP terhitung 87 mmHg. 7. Intake cairan: 1.800 cc/24 jam (infus 1.000 cc, oral 800 cc). Output cairan: 1.780 cc/24 jam. 8. Keseimbangan cairan adekuat. 9. Terapi obat diberikan sesuai program medis (kolaborasi dengan dokter). A : resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi P : intervensi dihentikan, klien dipindahkan ke ruang rawat inap sadewa	Firda
D. 0054	Sabtu, 13 Desember 2025	13.30 WIB	S : 1. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sudah dapat digerakkan. 2. Pasien merasa lebih nyaman saat bergerak. O : 1. Latihan ROM dilakukan pada pergelangan tangan, jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki. 2. Selama mobilisasi pasien tampak kooperatif. 3. Tidak tampak penurunan kesadaran, pusing, maupun sesak napas. 4. Anggota tubuh yang sebelumnya lemah sudah dapat digerakkan. A : gangguan mobilitas fisik teratasi P : intervensi dihentikan, klien dipindahkan ke ruang rawat inap sadewa.	Firda

Sumber : Data primer, 2025.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan keluhan pusing (D.0017)

Dari pengkajian diketahui klien dengan riwayat hipertensi sejak 1 tahun lalu. Pada sistem B3 menunjukkan kesadaran *composmentis* dengan GCS E4V5M6, pasien mengalami disartria, mengeluh pusing dan mual, pupil isokor dengan refleks positif, serta konjungtiva anemis. Hasil CT Scan menunjukkan infark pada beberapa area serebral. Pemeriksaan GDP 112 mg/dL, GD2JPP 181 mg/dL, kolesterol 204 mg/dL, dan trigliserida 255 mg/dL.

Hipertensi kronis merupakan faktor utama CVA karena memicu kerusakan pembuluh darah dan aterosklerosis terjadi lebih cepat, serta memicu trombosis otak. Proses aterosklerosis yang berlangsung lama menyebabkan penyempitan lumen dan penurunan aliran darah serebral (Kim dkk., 2024). Hiperglikemia dapat memperburuk cedera jaringan otak melalui stres oksidatif dan inflamasi, sedangkan dislipidemia turut berperan dalam terjadinya aterosklerosis (Wijaya dkk., 2024).

Menurut peneliti, kondisi Ny. N menunjukkan hubungan erat antara hipertensi kronis, gangguan metabolik, dan terjadinya CVA infark. Riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, disertai hiperglikemia dan dislipidemia, mempercepat aterosklerosis serebral sehingga meningkatkan risiko trombus dan infark otak. Meski kesadaran pasien masih baik, adanya disartria, pusing, dan mual menunjukkan kerusakan neurologis yang sudah terjadi dan

berpotensi memburuk jika tidak ditangani secara optimal.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan *hemiparese dextra* (D.0054).

Berdasarkan pengkajian, Ny. N datang dengan keluhan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. Pemeriksaan B6 menunjukkan kekuatan otot 3/5 pada ekstremitas kanan dan kiri, turgor kulit <2 detik, tidak ada edema, nyeri saat ekstremitas kanan digerakkan, tidak ada sianosis, akral hangat, serta *hemiparese dextra*. Hasil CT Scan menunjukkan infark pada beberapa area serebral.

Menurut Smeltzer dkk. (2022), CVA infark disebabkan terhentinya aliran darah menuju otak, sehingga sel saraf rusak permanen. Kerusakan ini memengaruhi fungsi motorik, terutama jika kortikospinal terlibat, sehingga sering timbul *hemiparese* pada ekstremitas yang berlawanan dengan area lesi otak. *Hemiparese dextra* pada pasien sesuai dengan temuan CT Scan. Penelitian Kim dkk. (2023) menegaskan bahwa CVA sering menyebabkan kelemahan ekstremitas akibat terganggunya transmisi impuls saraf motorik, yang membatasi aktivitas sehari-hari dan meningkatkan ketergantungan pasien.

Menurut peneliti, gangguan mobilitas fisik Ny. N merupakan akibat langsung dari kerusakan neurologis akibat CVA. *Hemiparese dextra* dan kekuatan otot menurun menyebabkan pasien tidak bisa melakukan aktivitas mandiri dan membutuhkan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)

Berdasarkan pengkajian, Ny. N datang ke IGD RSUD Jombang dengan keluhan disartria, bicara pelan dengan artikulasi kurang jelas, volume suara rendah, dan pengucapan kata tidak sempurna, meskipun pasien mampu memahami kata-kata sederhana.

Menurut Rahmawati & Prasetyo (2023), CVA menyebabkan kerusakan jaringan saraf permanen akibat gangguan aliran darah ke otak. Kerusakan pada area yang mengontrol motorik bicara, seperti korteks motorik, batang otak, atau jalur kortikobulbar, dapat menimbulkan disartria. Disartria merupakan manifestasi yang sering muncul pada pasien CVA, khususnya bila batang otak atau *hemisfer* dominan terlibat. Kondisi ini juga memengaruhi psikologis pasien, menimbulkan frustrasi, kecemasan, dan menurunkan kepercayaan diri, yang dapat menghambat proses rehabilitasi jika tidak ditangani secara adekuat.

Menurut peneliti, disartria yang dialami pasien CVA merupakan manifestasi langsung dari kerusakan sistem saraf pusat yang mengganggu koordinasi otot-otot bicara. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kemampuan pasien dalam mengekspresikan kata secara verbal, tetapi juga berpengaruh terhadap interaksi sosial, pemenuhan kebutuhan dasar, serta kondisi psikologis pasien. Meskipun pasien masih mampu memahami instruksi sederhana, keterbatasan dalam artikulasi dan kejelasan bicara dapat menimbulkan frustrasi, kecemasan, dan rasa ketergantungan terhadap orang lain.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan keluhan pusing (D.0017).

Berdasarkan studi kasus, ditemukan tiga masalah kesehatan utama: resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal. Perawat menetapkan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagai prioritas utama karena pemenuhan kebutuhan dasar dan pencegahan komplikasi merupakan prinsip utama dalam keperawatan.

Menurut SDKI, diagnosis ini ditegakkan bila terdapat faktor risiko seperti gangguan vaskular, hipertensi, aterosklerosis, atau penyakit serebrovaskular yang dapat menghambat suplai oksigen dan nutrisi ke otak (PPNI, 2023). Putra *et al.* (2023) menyatakan pasien CVA dengan riwayat hipertensi dan gangguan metabolik memiliki risiko tinggi mengalami penurunan perfusi serebral, ditandai dengan gejala neurologis seperti pusing, mual, gangguan bicara, dan penurunan fungsi motorik. Temuan klinis pada Ny. N sejalan dengan hal ini, di mana CT Scan menunjukkan infark trombotik di beberapa area serebral.

Menurut peneliti, penetapan diagnosa ini tepat karena meskipun kesadaran pasien masih baik, riwayat penyakit vaskular dan gejala neurologis menunjukkan risiko tinggi gangguan perfusi serebral lanjutan. Oleh karena itu, pemantauan ketat terhadap tanda vital, status kesadaran, dan respon neurologis pasien menjadi sangat penting untuk menjaga perfusi serebral yang adekuat.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan ditandai dengan *hemiparese dextra* (D.0054)

Hasil studi kasus mencerminkan bahwa masalah keperawatan kedua adalah gangguan mobilitas fisik. Diagnosis ini ditegakkan sesuai dengan pengkajian dan keluhan pasien.

Menurut Smeltzer *et al.* (2022), gangguan mobilitas adalah konsekuensi umum pada pasien CVA karena kerusakan jalur motorik kortikospinal, yang berdampak pada kemampuan pasien untuk berpindah posisi, melakukan perawatan diri, dan aktivitas fungsional lainnya. Keterbatasan mobilitas yang tidak ditangani dapat meningkatkan risiko komplikasi tambahan, seperti kontraktur sendi, dekubitus, gangguan sirkulasi perifer, dan penurunan kualitas hidup.

Menurut peneliti, penetapan gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosa kedua setelah resiko perfusi serebral tidak efektif adalah langkah klinis yang tepat. Hal ini memungkinkan tim perawat untuk terlebih dahulu memastikan perfusi otak tetap adekuat, kemudian fokus pada pemulihan fungsi motorik, mencegah komplikasi sekunder, dan mendorong kemandirian klien untuk aktivitas sehari-hari.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan disartria (D. 0119)

Diagnosa keperawatan berikutnya adalah gangguan komunikasi verbal, yang ditetapkan berdasarkan pengkajian dan keluhan pasien.

Gangguan komunikasi verbal dapat membatasi kemampuan pasien dalam mengekspresikan kebutuhan serta berpartisipasi aktif dalam proses

perawatan. Pada pasien, gangguan ini ditandai dengan artikulasi yang sulit, bicara melambat, dan pengucapan kata yang kurang jelas. Secara konseptual, kondisi ini muncul akibat kerusakan pada area otak yang mengontrol motorik bicara dan koordinasi otot-otot verbal (PPNI, 2023).

Menurut peneliti, diagnosa gangguan komunikasi verbal pada pasien CVA memerlukan perhatian khusus dalam asuhan keperawatan. Walaupun kondisi ini tidak langsung mengancam nyawa, keterbatasan dalam komunikasi dapat menghambat proses perawatan secara menyeluruh, terutama dalam pengkajian lanjutan, pemberian edukasi, serta evaluasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan.

4.2.3 Intervensi keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing (D. 0017).

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa pasien berisiko mengalami perfusi serebral tidak efektif, ditandai dengan gangguan neurologis dan temuan pemeriksaan penunjang berupa infark serebral. Kondisi ini memungkinkan TIK meningkat yang dapat mengganggu aliran darah ke otak. Oleh karena itu, intervensi keperawatan difokuskan pada manajemen peningkatan tekanan intrakranial sebagai langkah pencegahan untuk mempertahankan perfusi serebral dan mencegah perburukan kondisi neurologis pasien.

Menurut Putra et al. (2023) penerapan manajemen peningkatan tekanan intrakranial yang tepat dapat membantu mempertahankan perfusi serebral dan menurunkan risiko komplikasi lanjutan pada pasien CVA.

Intervensi keperawatan dalam manajemen peningkatan tekanan intrakranial meliputi pemantauan status neurologis, pengaturan posisi kepala, pemantauan tanda-tanda vital, serta kolaborasi dalam pemberian terapi medik.

Menurut peneliti, penerapan intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial merupakan tindakan yang sangat tepat. Meskipun klien belum menunjukkan tanda peningkatan tekanan intrakranial yang berat, adanya infark serebral dan gangguan neurologis menempatkan pasien pada kondisi yang rentan terhadap perburukan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan *hemiparese dextra* (D. 0054)

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa rencana untuk gangguan mobilitas fisik mencakup pemberian dukungan mobilisasi dan pemantauan status neurologis. Dukungan mobilisasi diberikan karena pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas akibat gangguan pada sistem saraf pusat, sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan pergerakan dan perubahan posisi. Selain itu, pemantauan neurologis dilakukan secara rutin untuk menilai perkembangan fungsi motorik, memantau tingkat kesadaran, serta mendeteksi lebih awal kemungkinan perburukan kondisi neurologis selama masa perawatan.

Menurut Pratama *et al.* (2023) dukungan mobilisasi dini pada pasien CVA berperan penting dalam mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus, kontraktur sendi, dan trombosis vena dalam. Mobilisasi yang dilakukan secara bertahap dan sesuai kemampuan pasien dapat

meningkatkan kekuatan otot serta mempercepat proses rehabilitasi. Sari dan Handayani (2022) menyatakan bahwa pemantauan status neurologis secara rutin, termasuk penilaian kekuatan otot, refleks, dan tingkat kesadaran, membantu perawat dalam mengevaluasi respons pasien terhadap terapi dan mendeteksi dini adanya penurunan perfusi serebral atau komplikasi lanjutan.

Menurut peneliti, pemberian intervensi berupa dukungan mobilisasi dan pemantauan neurologis merupakan langkah keperawatan yang tepat dan saling mendukung. Dukungan mobilisasi tidak hanya membantu mempertahankan fungsi gerak pasien, tetapi juga secara bertahap meningkatkan kemandirian dan rasa percaya diri. Tanpa mobilisasi yang memadai, pasien berisiko mengalami komplikasi yang dapat memperlambat proses pemulihan. Sementara itu, pemantauan neurologis secara rutin memungkinkan perawat segera mengidentifikasi perubahan kondisi pasien dan mengambil tindakan yang diperlukan.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan disartria (D. 0119)

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa pasien CVA mengalami gangguan komunikasi verbal yang ditandai dengan disartria, bicara melambat, artikulasi kurang jelas, serta penurunan kejelasan pengucapan kata. Kondisi tersebut menyebabkan pasien mengalami kesulitan dalam mengekspresikan kebutuhan dan perasaannya secara verbal. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang diberikan adalah promosi komunikasi: defisit bicara untuk membantu pasien meningkatkan kemampuan komunikasi dan mempertahankan interaksi yang efektif selama perawatan.

Menurut Rahmawati dan Prasetyo (2022) pasien CVA dengan disartria mengalami hambatan signifikan dalam komunikasi verbal, namun masih dapat meningkatkan efektivitas komunikasi melalui strategi komunikasi yang tepat. Penerapan promosi komunikasi secara konsisten dapat meningkatkan partisipasi pasien CVA dalam perawatan dan mengurangi tingkat kecemasan akibat keterbatasan komunikasi.

Menurut peneliti, intervensi promosi komunikasi: defisit bicara merupakan tindakan keperawatan yang sangat penting pada pasien CVA dengan gangguan komunikasi verbal. Meskipun gangguan bicara tidak mengancam nyawa secara langsung, keterbatasan komunikasi dapat menghambat proses perawatan, meningkatkan frustrasi pasien, dan memengaruhi kondisi psikologis pasien.

4.2.4 Implementasi keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing (D. 0017).

Berdasarkan data, klien mengidap hipertensi dan pemeriksaan CT scan menunjukkan adanya CVA infark. Pelaksanaan asuhan keperawatan mencakup pemantauan adanya peningkatan tekanan intrakranial (TIK), penghitungan MAP, pemantauan status pernapasan, pengaturan keseimbangan cairan, penciptaan lingkungan yang tenang, serta kolaborasi dalam pemberian obat-obatan seperti citicoline, ranitidine, dan terapi tambahan. Selama tiga hari perawatan, kondisi tanda vital pasien membaik secara bertahap, MAP berada dalam rentang normal, kesadaran tetap stabil, dan keluhan pusing pasien telah berkurang hingga hilang.

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi seperti pemantauan pernapasan, keseimbangan cairan, dan pengaturan lingkungan yang tenang bertujuan untuk mencegah peningkatan TIK dan menurunkan kebutuhan metabolik otak. Kolaborasi pemberian obat, termasuk citicoline, bertujuan mendukung metabolisme sel saraf dan proses pemulihan fungsi neurologis, sedangkan ranitidine diberikan untuk mencegah komplikasi gastrointestinal selama perawatan (PPNI, 2021). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pengendalian tekanan darah, pemantauan hemodinamik yang ketat, serta manajemen lingkungan yang kondusif berkontribusi terhadap perbaikan kondisi neurologis dan penurunan gejala seperti pusing pada pasien CVA (Nugroho & Prasetyo, 2024).

Menurut peneliti, tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan SIKI dan kebutuhan klinis pasien dengan CVA infark. Pemantauan yang komprehensif dan kolaborasi terapi medis terbukti efektif dalam menjaga stabilitas hemodinamik dan perfusi serebral pasien. Perbaikan nilai MAP, hilangnya keluhan pusing, serta tidak ditemukannya penurunan kesadaran menunjukkan bahwa intervensi keperawatan berperan penting dalam mencegah komplikasi lanjutan dan mendukung proses pemulihan pasien. Dengan demikian, pendekatan keperawatan yang sistematis dan berkelanjutan sangat diperlukan dalam penatalaksanaan pasien CVA dengan risiko perfusi serebral tidak efektif.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan kelemahan ekstremitas kanan (D. 0054)

Hasil implementasi pada hari pertama pasien mengalami kelemahan ekstremitas kanan dengan kekuatan otot 3/5, keterbatasan aktivitas, serta belum diperbolehkan berjalan. Perawat melakukan pengkajian nyeri, toleransi aktivitas, pemantauan status neurologis, serta fungsi motorik. Pada hari kedua, terdapat perubahan kekuatan otot pada tangan kanan dari 3/5 menjadi 4/5, pasien mulai mampu bergerak dengan bantuan, dan dilakukan mobilisasi dini serta latihan ROM pasif-aktif terbantu dengan kolaborasi fisioterapis. Pada hari ketiga, pasien sudah mampu menggerakkan seluruh anggota badan tanpa keluhan pusing, kondisi umum stabil, dan latihan ROM bisa dilakukan mandiri disertai dukungan keluarga.

Menurut Rahmawati *et al.* (2022), pelaksanaan keperawatan sebaiknya dimulai dengan pengkajian komprehensif yang mencakup nyeri, toleransi aktivitas, status neurologis, dan fungsi motorik. Penelitian menunjukkan bahwa pemantauan kondisi neurologis dan kekuatan otot menjadi dasar penting untuk menilai keamanan dan kesiapan pasien melakukan mobilisasi, karena kondisi neurologis yang belum stabil dapat meningkatkan risiko cedera dan komplikasi. Mobilisasi dini dapat membantu meningkatkan kekuatan otot, menjaga fleksibilitas sendi, memperlancar sirkulasi perifer, dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi, seperti kontraktur, luka tekan, dan trombosis. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam latihan ROM merupakan bagian dari pendekatan interdisipliner yang dianjurkan dalam praktik keperawatan modern. Selain itu, keterlibatan

keluarga dalam mendukung mobilisasi pasien mencerminkan penerapan prinsip *family-centered care*. Teori keperawatan komunitas dan rehabilitasi menekankan bahwa dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan motivasi pasien, kepatuhan terhadap latihan, dan keberlanjutan rehabilitasi setelah pasien kembali ke rumah (Nugroho et al., 2024).

Menurut peneliti, implementasi keperawatan yang dilakukan secara bertahap, terencana, dan berbasis evidens telah sesuai dengan standar SDKI dan SIKI. Fokus awal pada pengkajian dan pemantauan, diikuti dengan mobilisasi dini dan latihan ROM, merupakan strategi yang tepat untuk meningkatkan kemampuan mobilitas pasien. Perbaikan fungsi motorik yang dicapai menunjukkan bahwa intervensi keperawatan tidak hanya aman, tetapi juga efektif dalam mendukung proses pemulihan pasien dengan gangguan mobilitas fisik.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan disartria (D. 0119)

Pada hari pertama, pasien menunjukkan bicara lambat dengan artikulasi tidak jelas (pelo), volume suara rendah, dan gangguan koordinasi otot bicara. Perawat melakukan pemantauan kemampuan bicara, fungsi kognitif, serta menggunakan metode komunikasi alternatif seperti pertanyaan tertutup dan isyarat nonverbal. Pada hari kedua, pasien menunjukkan perbaikan signifikan, dengan bicara jelas, kecepatan dan artikulasi normal, serta mampu memahami dan merespons komunikasi dengan baik.

Hasil studi oleh Lestari, dkk. (2022) menunjukkan bahwa komunikasi alternatif dapat mengurangi frustrasi pasien, meningkatkan kepercayaan diri, serta mempercepat pemulihan kemampuan komunikasi verbal. Implementasi keperawatan berupa pemantauan kemampuan bicara dan fungsi kognitif merupakan langkah penting untuk menilai tingkat keparahan gangguan komunikasi serta memastikan bahwa pasien masih mampu memahami pesan yang disampaikan. Selain itu, penggunaan metode komunikasi alternatif, seperti pertanyaan tertutup dan isyarat nonverbal, sejalan dengan rekomendasi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang menekankan fasilitasi komunikasi alternatif dan memenuhi kebutuhan dasar pasien.

Menurut peneliti, pendekatan keperawatan yang berfokus pada pemantauan fungsi bicara dan penggunaan komunikasi alternatif merupakan strategi yang tepat dan aman. Perbaikan kemampuan komunikasi pasien mencerminkan bahwa gangguan komunikasi verbal bersifat reversibel dan sangat responsif terhadap intervensi keperawatan yang tepat waktu. Keberhasilan ini juga menunjukkan pentingnya peran perawat dalam mempertahankan kualitas komunikasi terapeutik meskipun pasien mengalami keterbatasan verbal.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan pasien mengeluh pusing (D. 0017).

Evaluasi keperawatan setelah 3×24 jam, masalah risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien dinyatakan teratasi. Hal ini dibuktikan dengan hilangnya keluhan pusing, nyeri kepala, dan mual, stabilnya tanda

vital, nilai MAP berada dalam batas normal, kesadaran pasien tetap baik, serta keseimbangan cairan terpenuhi.

Keberhasilan ini sesuai dengan SLKI, di mana indikator luaran pada masalah perfusi serebral meliputi stabilitas tanda vital, nilai *Mean Arterial Pressure* (MAP) yang adekuat, kesadaran baik, tidak adanya gejala neurologis seperti pusing atau nyeri kepala, serta terpenuhinya keseimbangan cairan (PPNI, 2021).

Menurut peneliti, hasil evaluasi ini menunjukkan efektivitas intervensi keperawatan yang bersifat preventif dan kolaboratif. Tindakan seperti pemantauan tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial, penghitungan MAP, pemantauan status pernapasan, pengaturan cairan dan lingkungan, serta kolaborasi pemberian obat terbukti berhasil mempertahankan perfusi serebral pasien dalam kondisi optimal. Dengan tercapainya indikator luaran, keputusan untuk menghentikan beberapa intervensi dianggap tepat, sesuai prinsip evaluasi keperawatan yang menekankan pencegahan risiko agar tidak berkembang menjadi masalah aktual.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan *hemiparese dextra* (D. 0054)

Hasil evaluasi keperawatan setelah 3×24 jam tindakan menunjukkan bahwa masalah ini telah teratasi. Pasien mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan tanpa nyeri, tidak menunjukkan penurunan kesadaran, serta kondisi hemodinamik tetap stabil.

Hasil ini sesuai dengan SLKI, yang menekankan peningkatan kemampuan bergerak, kekuatan otot, kenyamanan saat bergerak, serta

stabilitas neurologis dan hemodinamik sebagai indikator keberhasilan (PPNI, 2021).

Menurut peneliti, keberhasilan ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan, mulai dari pengkajian, pemantauan neurologis, mobilisasi dini, hingga latihan ROM, efektif mendukung pemulihan fungsi motorik pasien. Mobilisasi terkontrol mempertahankan kekuatan otot, fleksibilitas sendi, dan kemandirian pasien. Keterlibatan keluarga dan kolaborasi dengan fisioterapis mencerminkan pendekatan *family-centered* dan *interdisipliner*, mempercepat pemulihan sekaligus mencegah komplikasi imobilisasi. Oleh karena itu, keputusan menyatakan gangguan mobilitas fisik teratasi dinilai tepat.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan disartria (D. 0119)

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa gangguan komunikasi verbal pasien teratasi setelah 2×24 jam tindakan keperawatan, ditandai dengan kemampuan berbicara lebih jelas, artikulasi normal, kecepatan bicara wajar, serta kemampuan memahami dan merespons komunikasi dengan tepat. Pasien juga merasa nyaman dalam berkomunikasi dan tidak mengalami kesulitan menyampaikan kebutuhan.

Evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan pada diagnosis ini didasarkan pada SLKI komunikasi verbal. Indikator luaran yang digunakan antara lain kejelasan artikulasi, kecepatan dan tekanan bicara, kemampuan memahami pesan, kemampuan merespons komunikasi secara tepat, serta kenyamanan klien saat berkomunikasi sehingga indikator tersebut menunjukkan bahwa gangguan komunikasi verbal teratasi (PPNI, 2021).

Menurut peneliti, evaluasi menunjukkan bahwa gangguan komunikasi verbal pasien membaik setelah 2×24 jam intervensi, menandakan efektivitas tindakan keperawatan sesuai standar praktik. Perbaikan bicara, artikulasi normal, dan kenyamanan pasien saat berkomunikasi mencerminkan pemulihan fungsi neurologis serta keberhasilan komunikasi terapeutik. Keterlibatan aktif pasien dalam berkomunikasi juga membantu mempercepat pencapaian luaran keperawatan.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian menunjukkan tanda dan gejala yang mengarah pada CVA, antara lain keluhan pusing, riwayat hipertensi, hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan kadar gula darah dan kolesterol di atas normal, serta hasil CT scan kepala yang memperlihatkan infark pada beberapa area serebral. Temuan ini terkait dengan masalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Selain itu, kelemahan gerak pada ekstremitas kanan mengindikasikan gangguan mobilitas fisik, sedangkan disartria menjadi dasar identifikasi gangguan komunikasi verbal.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan mencakup risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan keluhan pusing (D. 0017), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai oleh hemiparese dextra (D. 0054), dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan disartria (D. 0119).
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi dukungan mobilisasi (I. 05173) dan pemantauan neurologis (I. 06197) untuk gangguan mobilitas fisik; manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I. 06194) untuk risiko perfusi serebral tidak efektif; serta promosi komunikasi untuk defisit bicara (I. 13492) bagi gangguan komunikasi verbal.
4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai intervensi yang ditetapkan. Pada pasien dengan risiko perfusi serebral tidak efektif, fokus dilakukan pada pemantauan tanda peningkatan TIK, penghitungan MAP, pengaturan

keseimbangan cairan, dan pemberian posisi yang tepat. Untuk gangguan mobilitas fisik, intervensi menekankan mobilisasi dini dan latihan ROM, sedangkan pada gangguan komunikasi verbal, tindakan meliputi pemantauan proses kognitif dan psikologis serta penerapan metode komunikasi alternatif.

5. Evaluasi keperawatan menunjukkan perbaikan yang signifikan. Setelah 3×24 jam, risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi ditandai hilangnya keluhan pusing dan mual, *blood pressure* normal, nilai MAP dalam rentang normal, serta kondisi kesadaran tetap baik. Gangguan mobilitas fisik juga teratasi setelah 3×24 jam, ditandai dengan kemampuan pasien menggerakkan seluruh ekstremitas tanpa nyeri atau keluhan fisik. Sementara itu, gangguan komunikasi verbal membaik setelah 2×24 jam, ditandai dengan artikulasi yang jelas, hilangnya disartria, dan kemampuan berbicara tanpa kesulitan.

5.2 Saran

1. Bagi perawat di Lahan klinik

Diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan berbasis standar dan bukti ilmiah, melakukan mobilisasi dini, komunikasi terapeutik, serta edukasi kepada pasien dan keluarga guna meningkatkan hasil perawatan pasien CVA.

2. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan kualitas pelayanan keperawatan pasien CVA ditingkatkan melalui penerapan asuhan keperawatan yang komprehensif, kolaboratif, dan berkelanjutan untuk mencegah komplikasi dan mempercepat rehabilitasi klien dengan CVA.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Disarankan untuk meneliti efektivitas intervensi keperawatan tertentu, seperti mobilisasi dini, latihan *range of motion*, dan komunikasi terapeutik, terhadap kualitas hidup pasien CVA dalam jangka panjang.



DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M., Berbudi, A., Robbani, F. Y., Hanafi, I., Anugrah, M. R., Ansari, N. V., & Wijaya, S. P. (2023). Asuhan keperawatan gangguan komunikasi verbal dengan CVA non hemoragik di ruang Arrahman Rumah Sakit Islam Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 11(2), 306–312.
- Anggraeni, L. D., & Widada, W. (2023). Asuhan keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik pada klien CVA infark (cerebrovaskuler accident). *Health & Medical Sciences*, 1(4), 10. <https://doi.org/10.47134/phms.v1i4.53>
- Azizah, N. (2021). Struktur otak dan sistem saraf manusia, reptil dan mamalia serta cara kerjanya (hlm. 1–12).
- Bustan, M., & Purnama, D. (2023). Studi deskriptif pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa oleh perawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. 6, 1–8.
- Chrisanto, E. Y., Ernita, C., Erlianti, F., Umsani, & Putri, E. L. (2022). Penyuluhan kesehatan tentang CVA. 2(4), 1147–1152. <https://e-journal.iphorr.com/index.php/phc>
- Humaira, Z., Anggraini, D., Adelin, P., Haiga, Y., Klinik, L., Siti, R. S. I., Padang, R., Kedokteran, F., & Baiturrahmah, U. (2025). Komplikasi pada pasien CVA di wilayah kerja RSI Siti Rahmah Padang. 3(4), 928–932.
- Kemendes RI. (2018). Riset kesehatan dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemendes RI.
- Kim, J. H., Lee, S. H., & Park, Y. S. (2023). Motor impairment and functional recovery in ischemic stroke patients. *Neurological Research*, 45(3), 210–218.
- Lestari, D., Sari, M., & Prasetyo, A. (2022). Efektivitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan komunikasi verbal pasien stroke. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(2), 98–106.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA non hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168–172. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74>
- Meutia, S., Utami, N., Rahmawati, S., Himayani, R., & Mata, B. I. (2021). Sistem saraf pusat dan perifer. 11, 306–311.
- Nugroho, A., Pratama, Y., & Sembiring, E. (2024). Efektivitas latihan range of motion dan kolaborasi fisioterapi terhadap pemulihan fungsi motorik pasien stroke. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 8(1), 45–53.
- Nugroho, A., & Prasetyo, Y. (2024). Manajemen keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan gangguan perfusi serebral. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 8(1), 15–23.
- Nurjannah, A. D. (2023). Laporan pendahuluan kegawatdaruratan sistem persarafan: CVA CVA ICH. FIK UI, 1–12.
- Putra, R. A., Wibowo, S., & Lestari, D. (2023). Faktor risiko kejadian stroke

- iskemik pada pasien rawat inap. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(2), 85–93.
- Rahayu, S., & Yamasari, Y. (2024). Klasifikasi penyakit CVA dengan metode naive Bayes. *Journal of Informatics and Computer Science*, 5, 440–446.
- Rahmawati, D., & Prasetyo, A. (2023). Gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke dan implikasi keperawatan. *Jurnal Keperawatan Klinis Indonesia*, 7(2), 89–97.
- Rahmawati, N., Hidayat, R., & Saputra, D. (2022). Pemantauan status neurologis sebagai dasar pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien stroke akut. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(2), 102–110.
- Sarifuddin, M. (2023). Kompleksitas otak manusia serta peranannya terhadap kemampuan berbahasa. *Journal Transformation of Mandalika*, 4(2), 182–200. <http://ojs.cahayamandalika.com/index.php/jtm/article/view/1289>
- Sari, D. P., & Handayani, R. (2022). Hubungan hipertensi dengan kejadian stroke iskemik di rumah sakit daerah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(3), 201–208.
- Setiawan, P. A. (2021). Diagnosis dan tatalaksana CVA hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 2(1), 402–406.
- Siregar, B., Jundapri, K., Susyanti, D., & Suharto, S. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan peningkatan tekanan intrakranial melalui posisi head up 30. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(11), 4949–4956. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i11.1843>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Suhliyyah, H. H., & Ahmad Baihaqi, K. (2023). Implementasi algoritma logistic regression untuk klasifikasi penyakit CVA. *Syntax: Jurnal Informatika*, 12(01), 15–23.
- Suryandari, E. S., & Susanti, N. N. (2025). Hubungan ketepatan penulisan diagnosis terhadap keakuratan kode diagnosis penyakit sistem. 13(April).
- Suwignjo, P., Maidartati, A., Asmara, L. N., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). Gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RSUD Kota Bandung. 10(2), 226–233.
- Taufik, A. T. (2022). Optimalisasi pendidikan neurosains bagi sekolah dasar. *Jurnal Pendidikan Guru Madrasah Ibtidaiyah*, 1(1), 9–19. <https://doi.org/10.56997/pgmi.v1i1.761>
- Timur, I. R., Tunjung, I. W., Ling, I., & Setiarini, R. (2025). Relationship between family history of CVA, hypertension and smoking history with the incidence of ischemic CVA in CVA patients. *Jurnal Biologi Tropis*, 25(1), 471–483. <https://doi.org/10.29303/jbt.v25i1.8493>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Widiastuti, M., Bisri Yulianti, D., Harahap, M. S., & Gaus, S. (2021). Manajemen anestesi pada pasien dengan tumor regio pineal yang menjalani kraniotomi pengangkatan tumor dengan posisi duduk. *Jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 10(3), 193–205. <https://doi.org/10.24244/jni.v10i3.409>
- Wijaya, A., Kurniawan, T., & Lestari, D. (2024). Dyslipidemia as a risk factor for ischemic stroke in older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 33(5–6), 1123–1131.
- Yunita, A. S. (2023). *Struktur otak manusia* (2nd ed.).



LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal kegiatan

No	Kegiatan	Tabel																							
		September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Persamaan persepsi dan pengumuman pembimbing																								
2	Bimbingan proposal																								
3	Pendaftaran ujian proposal																								
4	Ujian proposal																								
5	Uji etik dan revisi proposal																								
6	Pengambilan dan pengolahan data																								
7	Bimbingan hasil																								
8	Pendaftaran ujian KIA																								
9	Ujian sidang KIA																								
10	Revisi KIA																								
11	Penggandaan, plagscan, dan pengumpulan KIA																								

Lampiran 2 Lembar penjelasan penelitian

PENJELASAN PENELITIAN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Firdatul Hosnaini

NIM : 256410016

Program Studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang”. Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan ke ikut sertaan penderita *Cerebro Vascular Accident* (CVA) sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang
2. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
3. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
4. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah khususnya ITSkes ICMe jombang

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan Terimakasih

Jombang, 23 September 2025
Peneliti

(Firdatul Hosnaini)

Lampiran 3 Lembar *informed consent*

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia) menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Firdatul Hosnaini, Mahasiswa Profesi Ners ITSkes ICMe Jombang yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jombang,2025

Responden

()

Lampiran 4 Format asuhan keperawatan kritis



**PENGALAMAN BELAJAR PROFESI
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-8494886

Email: stikes.icme@yahoo.com

Asuhan Keperawatan pada pasien

Dengan Diagnosa Medis

di Ruang

I. PENGKAJIAN

- A. Tanggal Masuk :
- B. Jam masuk :
- C. Tanggal Pengkajian :
- D. Jam Pengkajian :
- E. No.RM :
- F. Identitas
 - 1. Identitas pasien
 - a. Nama :
 - b. Umur :
 - c. Jenis kelamin :
 - d. Agama :
 - e. Pendidikan :
 - f. Pekerjaan :
 - g. Alamat :
 - h. Status Pernikahan :
 - 2. Penanggung Jawab Pasien
 - a. Nama :
 - b. Umur :
 - c. Jenis kelamin :
 - d. Agama :
 - e. Pendidikan :

2. Nutrisi dan Metabolik

- a. Jenis diet :
- b. Diet/Pantangan :
- c. Jumlah porsi :
- d. Nafsu makan :
- e. Kesulitan menelan :
- f. Jumlah cairan/minum :
- g. Jenis cairan :
- h. Data lain :

3. Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM					

0: Mandiri 2: Dibantu orang 4: Tergantung total

1: Menggunakan alat bantu 3: Dibantu orang lain dan alat

- a. Alat bantu :
- b. Data lain :

4. Tidur dan Istirahat

- a. Kebiasaan tidur :
- b. Lama tidur:
- c. Masalah tidur :
- d. Data lain :

5. Eliminasi

- a. Kebiasaan defekasi :
- b. Pola defekasi :
- c. Warna feses :
- d. Kolostomi :
- e. Kebiasaan miksi :
- f. Pola miksi :
- g. Warna urine :

- h. Jumlah urine :
- i. Data lain :
- 6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)
 - a. Harga diri :
 - b. Peran :
 - c. Identitas diri :
 - d. Ideal diri :
 - e. Penampilan :
 - f. Koping :
 - g. Data lain :
- 7. Peran dan Hubungan Sosial
 - a. Peran saat ini :
 - b. Penampilan peran :
 - c. Sistem pendukung :
 - d. Interaksi dengan orang lain :
 - e. Data lain :
- 8. Seksual dan Reproduksi
 - a. Frekuensi hubungan seksual :
 - b. Hambatan hubungan seksual :
 - c. Periode menstruasi :
 - d. Masalah menstruasi :
 - e. Data lain :
- 9. Kognitif Perseptual
 - a. Keadaan mental :
 - b. Berbicara :
 - c. Kemampuan memahami :
 - d. Ansietas :
 - e. Pendengaran :
 - f. Penglihatan :
 - g. Nyeri :
 - h. Data lain :

10. Nilai dan Keyakinan

- a. Agama yang dianut :
- b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit :
- c. Data lain :

I. Pengkajian

a. Vital Sign

Tekanan Darah : Nadi :

Suhu : RR :

b. Kesadaran :

GCS :

c. Keadaan Umum

a. Status gizi : ☐ Gemuk ☐ Normal ☐ Kurus

Berat Badan : Tinggi Badan :

b. Sikap : ☐ Tenang ☐ Gelisah ☐ Menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Breathing (B1)

a. Bentuk dada:

b. Frekuensi nafas :

c. Kedalaman nafas :

d. Jenis pernafasan :

e. Pola nafas :

f. Retraksi otot bantu :

g. Irama nafas :

h. Ekspansi paru :

i. Vocal fremitus :

j. Nyeri :

k. Batas paru :

l. Suara nafas :

m. Suara tambahan :

n. Pemeriksaan penunjang :

o. Data lain :

2) Blood (B2)

- a. Ictus cordis :
- b. Nyeri :
- c. Batas jantung :
- d. Bunyi jantung :
- e. Suara tambahan :
- f. Pemeriksaan penunjang :
- g. Data lain :

3) Brain (B3)

- a. Kesadaran :
- b. GCS :
- c. Reflek fisiologis :
- d. Reflek patologis :
- e. Pemeriksaan penunjang :
- f. Data lain :

4) Bladder (B4)

- a. Kebiasaan miksi :
- b. Pola miksi :
- c. Warna urine :
- d. Jumlah urine :
- e. Pemeriksaan penunjang :
- f. Data lain :

5) Bowel (B5)

- a. Bentuk abdomen :
- b. Kebiasaan defekasi :
- c. Pola defekasi :
- d. Warna feses :
- e. Kolostomi :
- f. Bising usus :
- g. Pemeriksaan penunjang :
- h. Data lain :

6) Bone (B6)

- a. Kekuatan otot:
- b. Turgor :
- c. Odem :
- d. Nyeri :
- e. Warna kulit :
- f. Akral :
- g. Sianosis :
- h. Parese :
- i. Alat bantu :
- j. Pemeriksaan penunjang :
- k. Data lain :



J.. Pemeriksaan penunjang



II. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH



III. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)

1.
2.
3.
4.
5.



IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO.	Diagnosa keperawatan	Luaran dan kriteria hasil (slki)	Intervensi keperawatan (SIKI)

V. IMPLEMENTASI

NO. DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
				

VI. EVALUASI

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF



Lampiran 5 Surat pengantar penelitian



ITSKes Insan Cendekia Medika

FAKULTAS KESEHATAN

Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/C/2022

Jombang, 19 September 2025

Nomor : 494/FK/IX/2025
 Lampiran : 1 Bendel
 Hal : Pre Survey Data, Studi Pendahuluan, Uji Etik dan Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Direktur RSUD Jombang
 Di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan tugas akhir mahasiswa Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, kami mohon dengan hormat untuk memberikan Ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan Studi Pendahuluan dan Penelitian atas nama :

Nama : Firdatul Hosnaini
 NIM : 256410016
 Semester : 2
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus di Ruang Abimanyu RSUD Jombang)

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.

Dekan Fakultas Kesehatan
 ITS Kesehatan ICMe Jombang

Inayahur Rosyidah, S.Kep.Ns.M.Kep
 NIK. 04.05.053

Tembusan :

1. Ketua Program Studi Profesi Ners
2. Badan Koordinasi Diklat Keperawatan RSUD Jombang (Kadiklat)
3. Kepala Ruang Abimanyu

Kampus A Jl. Kemuning No 57 A Candimulyo - Jombang
 Kampus B Jl. Halmahera 33 Kaliwungu - Jombang
 Website: www.itskes.icme-jbg.ac.id
 Tlp. 0321 8494886 Fax . 0321 849433

Lampiran 6 Surat ijin penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG

Jalan K.H. Wahid Hasyim Nomor 52, Jombang, Jawa Timur 61411
 Telepon (0321) 863502, Faksimile :-

Laman <https://rsudjombang.jombangkab.go.id/>, pos-el rsud.jombang@jombangkab.go.id

Jombang, 30 Oktober 2025

Nomor : 000.9.2/2366/415.47/2025
 Sifat : Biasa
 Lampiran : Satu
 Hal : Surat Balasan Pre Survey Data,
 Studi Pendahuluan, Uji Etik dan
 Ijin Penelitian

Yth. Dekan Fakultas Kesehatan
 ITS Kesehatan ICMe Jombang
 di
 Jombang.

Menindaklanjuti surat dari dekan fakultas kesehatan ITS Kesehatan ICMe Jombang, nomor : 494/FK/IX/2025 perihal pre survey data, studi pendahuluan, uji etik dan ijin penelitian, maka bersama ini kami sampaikan ketersediaan lahan penelitian dan tidak keberatan menerima mahasiswa program studi Profesi Ners ITS Kesehatan ICMe Jombang dalam rangka melaksanakan penelitian atas nama sebagai berikut:

No	Nama	Nim	Program Studi
1.	Firdatul Hosnaini	256410016	Profesi Ners

Adapun judul penelitian sebagaimana dimaksud diatas adalah "*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cerebro Vascular Accident (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu RSUD Jombang)*" dengan biaya pengambilan data dan penelitian sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Jombang nomor 13 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah (sebagaimana terlampir)

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Jombang
 Ditandatangani secara elektronik



dr. PUDJI UMBARAN, M.KP.
 NIP 196804102002121006



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

Lampiran 7 Surat pernyataan etik




KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
JOMBANG PUBLIC HOSPITAL

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 93/KEPK/XI/2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Regional Public Hospital of Jombang, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

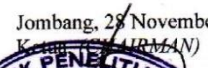
“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CEREbro VASCULAR ACCIDENT (CVA) (STUDI KASUS DI RUANG ABIMANYU RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG) ”

Peneliti Utama : FIRDATUL HOSNAINI

Nama Institusi : INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
Name of Institution : INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : RSUD JOMBANG, KABUPATEN JOMBANG
Setting of Research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Jombang, 28 November 2025
 Ketua (CHAIRMAN)


 dr. Ahmad Mahdi, Sp.A
 NIDN 1979011920000011005

Lampiran 8 Surat selesai penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG

Jalan K.H. Wahid Hasyim Nomor 52, Jombang, Jawa Timur 61411
 Telepon (0321) 863502, Faksimile :-

Laman : <https://rsudjombang.jombangkab.go.id/>, pos-el rsud.jombang@jombangkab.go.id

SURAT KETERANGAN
 Nomor: 000.9.2/2844/415.47/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. PUDJI UMBARAN, M.KP.
 NIP : 19680410 200212 1 006
 Jabatan : Direktur
 Unit Kerja : Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : FIRDHATUL HOSNAINI
 NIM : 256410016
 Program Studi : Profesi Ners
 Institusi Pendidikan : ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang

Telah melaksanakan pengambilan data, dan penelitian di Ruang Abimanyu, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang guna melengkapi penyusunan penelitian sebagai pemenuhan penyusunan Laporan Tugas Akhir guna memperoleh gelar Ners dengan Judul Penelitian sebagai berikut "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cerebro Vascular Accident (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu RSUD Jombang)"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 24 Desember 2025,

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
 Ditandatangani secara elektronik



dr. PUDJI UMBARAN, M.KP.
 NIP 196804102002121006



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

Lampiran 9 Lembar bimbingan KIA pembimbing 1

LEMBAR BIMBINGAN KIA

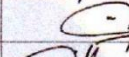
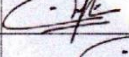
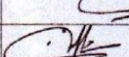
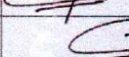
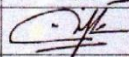
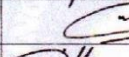
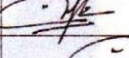
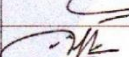
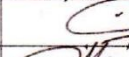
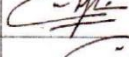
Nama Mahasiswa : Firdatul Hosnaini
 NIM : 256410016
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)
 Nama Pembimbing : Dr. Auliasari Siskaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep.

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	15-09-2025	Konsul judul KIA	
2.	17-09-2025	Bimbingan bab 1	
3.	19-09-2025	Revisi bab 1	
4.	22-09-2025	Bimbingan bab 2	
5.	24-09-2025	Revisi bab 2	
6.	04-10-2025	Revisi ulang bab 2	
7.	06-10-2025	Bimbingan bab 3	
8.	05-11-2025	Acc ujian seminar proposal	
9.	07-11-2025	Revisi hasil seminar proposal	
10.	12-12-2025	Bimbingan penelitian	
11.	15-12-2025	Bimbingan bab 4	
12.	18-12-2025	Revisi asuhan keperawatan	
13.	23-12-2025	Bimbingan pembahasan	
14.	05-01-2026	Revisi pembahasan	
15.	06-01-2026	Bimbingan bab 5	
16.	09-01-2026	Acc ujian seminar hasil	

Lampiran 10 Lembar bimbingan KIA pembimbing 2

LEMBAR BIMBINGAN KIA

Nama Mahasiswa : Firdatul Hosnaini
 NIM : 256410016
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)
 Nama Pembimbing : Ucik Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	15-09-2025	Konsul judul KIA	
2.	17-09-2025	Bimbingan bab 1	
3.	19-09-2025	Revisi bab 1	
4.	22-09-2025	Bimbingan bab 2	
5.	24-09-2025	Revisi bab 2	
6.	04-10-2025	Revisi ulang bab 2	
7.	06-10-2025	Bimbingan bab 3	
8.	05-11-2025	Acc ujian seminar proposal	
9.	07-11-2025	Revisi hasil seminar proposal	
10.	12-12-2025	Bimbingan penelitian	
11.	15-12-2025	Bimbingan bab 4	
12.	18-12-2025	Revisi asuhan keperawatan	
13.	23-12-2025	Bimbingan pembahasan	
14.	05-01-2026	Revisi pembahasan	
15.	06-01-2026	Bimbingan bab 5	
16.	09-01-2026	Acc ujian seminar hasil	

Lampiran 11 Dokumentasi

Latihan ROM



Edukasi tentang CVA kepada pasien dan keluarga



Lampiran 12 Surat pernyataan pengecekan judul



**PERPUSTAKAAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candikulyo Jombang Telp. 0321-865446

SURAT PERNYATAAN
Pengecekan Judul

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Firdatul Hosnaini
NIM : 256410016
Prodi : Profesi Ners
Tempat/Tanggal Lahir: Sumenep, 25 Maret 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Sentol Daya Kecamatan Pragaan Kabupaten Sumenep
No.Tlp/HP : 087874673691
email : firdaaja2004@gmail.com
Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cerebro Vascular Accident (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)**

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi/KIA diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut **layak** untuk di ajukan sebagai judul Skripsi/LTA/KIA. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi/KIA.

Jombang, 07 Januari 2026

Mengetahui,

Kepala Perpustakaan



Pw. Nurana, M.IP
NIK.01.08.112

Lampiran 13 Surat keterangan bebas plagiasi



ITSKes Insan Cendekia Medika
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

Nomor : 128/AK/072039/III/2026

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes
NIDN : 0718058503
Jabatan : Wakil Rektor I
Institusi : Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : Firdatul Hosnaini
NPM : 256410016
Program Studi : Profesi Ners
Fakultas : Kesehatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Cerebro Vascular Accident (CVA) (Studi Kasus di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar 23%.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 03 Maret 2026
Wakil Rektor I



Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes
NIDN. 0718058503

Kampus A Jl. Kemuning No 57 A Candimulyo - Jomb
Kampus B Jl. Halmahera 33 Kaliwungu - Jomb
Website: www.itskes.icme-jbg.a
Tlp. 0321 8194886 Fax . 0321 8191

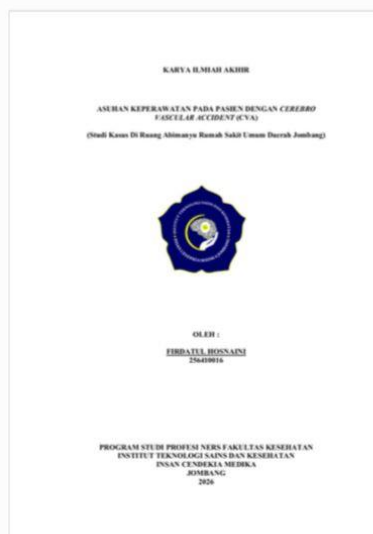
Lampiran 14 *Digital receipt*

Digital Receipt

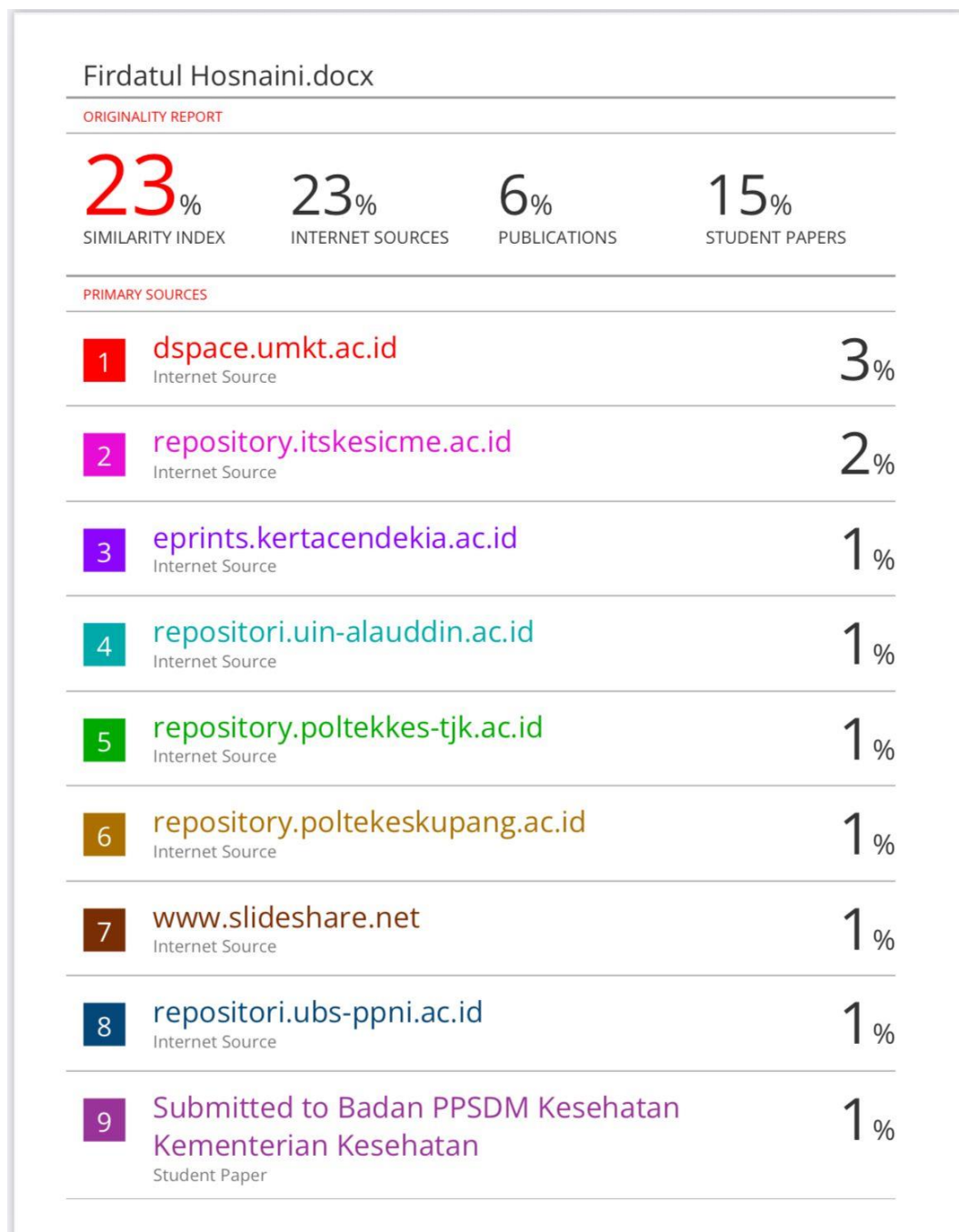
This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: ITKes ICMe Jombang
 Assignment title: 3. 유사도 검사 시 DB 미 저장 (No Repository)
 Submission title: Firdatul Hosnaini.docx
 File name: Firdatul_Hosnaini.docx
 File size: 863.87K
 Page count: 94
 Word count: 17,903
 Character count: 111,300
 Submission date: 02-Mar-2026 11:58AM (UTC+0900)
 Submission ID: 2887062759



Lampiran 15 Persentase turnitin



Lampiran 16 Surat pernyataan kesediaan unggah KIA

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAH KIA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Firdatul Hosnaini

NIM : 256410016

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royaltas Non Eksklusif (*Non Eksklusif Royalty Free Right*) atas penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) (Studi Kasus Di Ruang Abimanyu Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)".

Hak Bebas Royaltas Non Eksklusif ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KIA/media/format, mengolah dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat KIA, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 05 Maret 2026

Yang menyatakan

Peneliti



Firdatul Hosnaini

256410016