

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**(Di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)**



**OLEH :  
KRISTIKA FITRI ENDRI ANI, S.Kep  
256410022**

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

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

(Di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)

**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

**KRISTIKA FITRI ENDRI ANI, S.Kep  
256410022**

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

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama : Kristika Fitri Endri Ani  
NIM : 256410022  
Tempat,Tanggal Lahir : Bojonegoro, 03 Juli 2004  
Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto” Merupakan Karya Ilmiah Akhir bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli 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 di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 16 Januari 2026

Yang Menyatakan  
Peneliti



(Kristika Fitri Endri Ani)  
256410022

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kristika Fitri Endri Ani

NIM : 256410022

Tempat,Tanggal Lahir : Bojonegoro, 03 Juli 2004

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto” merupakan murni hasil yang ditulis oleh peneliti atau bukan tugas akhir orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan saja yang mana telah disebutkan sumbernya oleh peneliti.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, 16 Januari 2026

Yang Menyatakan  
Peneliti



(Kristika Fitri Endri Ani)  
256410022


## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR


Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto  
Nama Mahasiswa : Kristika Fitri Endri Ani  
NIM : 256410022

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING  
PADA TANGGAL 21 JANUARI 2026

Pembimbing Ketua

Pembimbing Anggota

  
Inayaturosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0723048301


  
Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0718119004

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan  
ITSKes ICMe Jombang

Ketua Program Studi  
Profesi Ners

  
Inayaturosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0723048301

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

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

**Karya Ilmiah Akhir ini telah diajukan oleh:**

Nama Mahasiswa : Kristika Fitri Endri Ani  
NIM : 256410022  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto

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

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Dr. Muarrofah, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIDN. 0023127501

Penguji I : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0723048301

Penguji II : Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0718119004


Ditetapkan di: **JOMBANG**  
Pada tanggal: 10 Februari 2026

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan  
ITSKes ICMe Jombang

  
Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0723048301

Ketua Program Studi  
Profesi Ners

  
Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 070809820

## RIWAYAT HIDUP

Peneliti lahir di Bojonegoro pada tanggal 03 Juli 2004 berjenis kelamin perempuan. Peneliti merupakan anak tunggal dari pasangan Bapak Kistoyo dan Ibu Yamini.

Tahun 2009 peneliti lulus dari TK Muslimat NU Nurul Ummah 22 Desa Hargomulyo Kabupaten Bojonegoro, tahun 2015 peneliti lulus dari SDN Hargomulyo 1 Desa Hargomulyo Kabupaten Bojonegoro, tahun 2018 peneliti lulus dari SMP Negeri 1 Kedewan Kabupaten Bojonegoro, tahun 2021 peneliti lulus dari SMA Negeri 1 Kasiman Kabupaten Bojonegoro, dan selanjutnya tahun 2021 peneliti melanjutkan pendidikan Prodi S1 Ilmu Keperawatan di ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang. Tahun 2025 peneliti lulus S1 Ilmu Keperawatan dan melanjutkan Profesi Ners di ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Jombang, 16 Januari 2026  
Yang Menyatakan  
Peneliti



(Kristika Fitri Endri Ani)  
256410022

## PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sholawat serta salam tercurahkan pada Nabi Muhammad SAW yang telah membimbing umat islam dari jalan kegelapan menuju jalan kebenaran. sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Sunan Bonang RSi Sakinah Mojokerto” sesuai dengan yang dijadwalkan. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat untuk semua pihak. Saya persembahkan Karya Ilmiah Akhir ini kepada :

1. Ayah “Kistoyo” dan Ibu “Warni” terima kasih atas cinta, doa, dan pengorbanan yang tiada henti. Setiap dukungan, nasihat, serta semangat yang kalian berikan telah menjadi kekuatan yang tak ternilai.
2. Kakek “Wajib & Totok” dan Nenek “Parni & Warsini”, terima kasih atas kasih sayang, doa, dan dukungan tulus yang senantiasa mengiringi perjalanan penulis. Keberadaan kalian menjadi sumber kekuatan dan ketenangan dalam setiap proses yang dijalani.
3. Terimakasih untuk diriku yang telah bertahan sejauh ini. Terima kasih atas keberanian untuk tetap melangkah di tengah lelah, ragu, dan air mata. Terima kasih karena tidak menyerah meski proses terasa berat, serta terus berusaha bangkit ketika ingin berhenti. Karya Ilmiah Akhir ini menjadi bukti bahwa setiap doa, kesabaran, dan perjuangan yang dijalani dengan tulus tidak pernah sia-sia.
4. Seluruh teman-teman seperjuangan Profesi Ners angkatan 2025, terima kasih atas kebersamaan, perjuangan, dan cerita yang kita lalui bersama. Semoga setiap lelah yang pernah kita rasakan menjadi langkah awal menuju masa depan yang penuh berkah dan kesuksesan.

## MOTTO

“Aku pernah ragu pada diriku sendiri, tetapi tidak pernah sepenuhnya meninggalkan perjuangan ini.”

(Kristika Fitri Endri Ani)



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto”.

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 sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada Rektor ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan, Dekan Fakultas Kesehatan dan Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada saya untuk menyelesaikan Program Studi Profesi Ners, dan seterusnya.

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

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

Jombang, 19 September 2025

Penulis



Kristika Fitri Endri Ani

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CEREBRO VASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARK* (Di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)

Oleh:

**Kristika Fitri Endri Ani, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalia**  
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes ICMe Jombang  
[kristikafitriendriani@gmail.com](mailto:kristikafitriendriani@gmail.com)

**Pendahuluan:** *Cerebro Vascular Accident (CVA)* infark merupakan gangguan aliran darah ke otak yang menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga dapat mengancam nyawa dan kecacatan permanen. Tujuan penelitian: Melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto. Partisipan pada penelitian ini 1 pasien laki-laki usia 45 ke-atas diagnosa CVA Infark perawatan hari ke-1. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark. Uji keabsahan data peneliti menggunakan memperpanjang durasi observasi dan triangulasi. Analisa data yang digunakan yaitu pengumpulan data, mereduksi data, penyajian data, dan kesimpulan. **Hasil:** Berdasarkan studi kasus pengkajian didapatkan klien penurunan kesadaran, kelemahan tubuh sebelah kanan, bicara pelo. Diagnosa keperawatan didapatkan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal. Intervensi yang diberikan risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan edukasi diet, gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi, gangguan komunikasi verbal yaitu promosi komunikasi: defisit bicara. Implementasi dilakukan 5x24 jam sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 5 hari diagnosa 1 masalah teratasi hari kelima, diagnosa 2 dan 3 teratasi sebagian hari kelima. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan yang dilakukan perawat secara komprehensif dan masalah teratasi.

**Kata kunci:** Asuhan keperawatan, *Cerebro Vascular Accident*, Infark

## ABSTRACT

### **NURSING CARE FOR PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT (CVA) INFARCTION (In the Sunan Bonang Ward of RSI Sakinah Mojokerto)**

**By:**

**Kristika Fitri Endri Ani, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalia**

*Nursing Profession Program, Faculty of Health Sciences ITS Kes ICMe Jombang*  
[kristikafitriendriani@gmail.com](mailto:kristikafitriendriani@gmail.com)

**Introduction:** Cerebral Vascular Accident (CVA) infarction is a disruption of blood flow to the brain that causes oxygen and nutrient deficiency, which can be life-threatening and cause permanent disability. **Research objective:** To provide nursing care for patients with cerebral vascular accident (CVA) infarction in the Sunan Bonang ward at RSI Sakinah Mojokerto. Participants in this study were 1 male patients aged 45 years and above diagnosed with CVA infarction on the first day of treatment. **Method:** This study used a case study design to explore nursing care for CVA infarction patients. The researcher tested the validity of the data by extending the observation period and using triangulation. Data analysis involved data collection, data reduction, data presentation, and conclusions. **Results:** Based on the case study assessment, the client was found to have decreased consciousness, weakness on the right side of the body, and slurred speech. The nursing diagnosis was risk of ineffective cerebral perfusion, physical mobility impairment, and verbal communication impairment. Interventions provided for the risk of ineffective cerebral perfusion included management of increased intracranial pressure and dietary education; for physical mobility impairment, mobilization support; and for verbal communication impairment, communication promotion: speech deficit. Implementation was carried out 5x24 hours according to the established action plan. Nursing evaluation was conducted over 5 days. Diagnosis 1 was resolved on the fifth day, while diagnoses 2 and 3 were partially resolved on the fifth day. **Conclusion:** The nursing care provided by the nurse was comprehensive, and the issues were resolved.

**Keywords:** Nursing care, Cerebrovascular Accident, Infarction

## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL LUAR</b> .....	<b>i</b>
<b>SAMPUL DALAM</b> .....	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>v</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>vi</b>
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>vi</b>
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>ix</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Manfaat .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Konsep Teori CVA Infark.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark .....	17
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b> .....	<b>35</b>
3.1 Desain Penelitian.....	35
3.2 Batasan Istilah .....	35
3.3 Partisipan.....	36
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	36
3.5 Pengumpulan Data .....	36
3.6 Uji Keabsahan Data.....	37
3.7 Analisa Data .....	38
3.8 Etika Penelitian .....	39
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>41</b>
4.1 Hasil.....	41
4.2 Pembahasan.....	72
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>85</b>
5.1 Kesimpulan .....	85
5.2 Saran.....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>87</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>90</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan <i>Cerebro Vascular Accident</i> (CVA) Infark.....	26
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan <i>Cerebro Vascular Accident</i> (CVA) Infark.....	29
Tabel 4.1 Aktivitas fisik dan latihan .....	44
Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan darah lengkap .....	51
Tabel 4.3 Terapi medik .....	51
Tabel 4.4 Analisa data.....	52
Tabel 4.5 Intervensi keperawatan .....	53
Tabel 4.6 Implementasi keperawatan hari ke-1 .....	56
Tabel 4.7 Implementasi keperawatan hari ke-2 .....	58
Tabel 4.8 Implementasi keperawatan hari ke-3 .....	61
Tabel 4.9 Implementasi keperawatan hari ke-4 .....	63
Tabel 4.10 Implementasi keperawatan hari ke-5 .....	65
Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan hari ke-1 .....	67
Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan hari ke-2 .....	68
Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan hari ke-3 .....	69
Tabel 4.14 Evaluasi keperawatan hari ke-4 .....	70
Tabel 4.15 Evaluasi keperawatan hari ke-5 .....	71



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 *Pathway Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark* ..... 12



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	90
Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian.....	91
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	92
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan.....	93
Lampiran 5 Pengecekan Judul di Perpustakaan.....	107
Lampiran 6 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 1.....	108
Lampiran 7 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 2.....	109
Lampiran 8 Surat Izin Penelitian.....	110
Lampiran 9 Hasil Uji Etik.....	112
Lampiran 10 Surat Keterangan Bebas Plagiasi.....	113
Lampiran 11 Hasil Turnit <i>Digital Receipt</i> .....	114
Lampiran 12 Hasil Persentase Turnit.....	115
Lampiran 13 Surat Pernyataan Kesiapan Unggah Karya Ilmiah Akhir.....	119



## DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

### Daftar Lambang

%	: Persentase
>	: Lebih dari
<	: Kurang dari
/	: Atau
&	: Dan

### Daftar Singkatan

RSI	: Rumah Sakit Islam
ITSKes	: Institut Teknologi Sains Dan Kesehatan
ICME	: Insan Cendekia Medika
WSO	: <i>World Stroke Organization</i>
CVA	: <i>Cerebro Vascular Accident</i>
TIK	: Tekanan Intrakranial
CT-Scan	: <i>Computed Tomography Scan</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
O <sup>2</sup>	: Oksigen
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
DSA	: <i>Digital Subtraction Angiography</i>
DVT	: <i>Deep Vein Thrombosis</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
ADL	: <i>Activities of Daily Living</i>
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Cerebro Vascular Accident (CVA)* infark merupakan kondisi yang terjadi akibat terganggunya atau terhentinya suplai darah ke otak, sehingga jaringan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi. Keadaan ini dapat mengancam jiwa serta berpotensi menimbulkan kerusakan permanen pada jaringan otak yang berdampak pada kecacatan. (Anggraeni & Widada, 2023). Penurunan suplai oksigen ke otak memicu terjadinya iskemia yang dapat menimbulkan berbagai gangguan neurologis, seperti perubahan tingkat kesadaran, kelemahan satu sisi tubuh, gangguan sensori, gangguan bicara, hingga penurunan fungsi kognitif. Kondisi ini dapat berkembang cepat menjadi defisit neurologis permanen apabila tidak ditangani secara optimal (Haryani dkk., 2025)

Menurut *World Stroke Organization* (2022), secara global terdapat lebih dari 7,6 juta kasus baru stroke infark setiap tahun, yang mencakup sekitar 62% dari seluruh kejadian stroke. Prevalensi stroke dilaporkan lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Di Indonesia prevalensi CVA infark pada tahun 2023 sebesar 13,3% sebanyak 2,1 juta orang, angka ini naik dibandingkan prevalensi stroke infark sebesar 12,5% pada tahun 2018, (Nabila Hayatinnisa dkk., 2025). Di Jawa Timur prevalensi CVA Infark mencapai 12,4 % per mil 1000 penduduk sekitar 21.120 orang per tahunnya (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2023). Berdasarkan data yang di peroleh dari RSI Sakinah Mojokerto pada tahun 2024 penderita CVA Infark

tercatat sebagai salah satu dari 10 besar penyakit terbanyak, menempati urutan ke-9 dengan jumlah 466 kasus, dan di ruang rawat inap Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto pada periode bulan April hingga Agustus 2025 CVA Infark menempati urutan ke-3 dengan jumlah 104 kasus.

troke non-hemoragik atau infark terjadi akibat emboli atau sumbatan pada pembuluh darah otak. Aterosklerosis berkembang secara bertahap melalui penumpukan lemak pada dinding arteri hingga membentuk plak. Plak tersebut dapat menyebabkan penyempitan atau oklusi pembuluh darah, sehingga suplai oksigen ke jaringan otak terganggu (Ristonilassius dkk., 2022). Faktor penyebab stroke dibagi menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia, genetik, dan jenis kelamin, sedangkan sekitar 90% faktor risiko bersifat dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, merokok, diabetes melitus, hiperlipidemia, dan kurangnya aktivitas fisik. Faktor-faktor tersebut dapat menurunkan perfusi serebral sehingga terjadi iskemia jaringan, yang berujung pada penurunan aktivitas neuron dan disfungsi neurologis (Manefo dkk., 2021). Dampak jika kondisi perfusi serebral tidak segera dipertahankan, kerusakan meluas pada area motorik otak yang mengatur kekuatan dan koordinasi gerak. Akibatnya, pasien mengalami keterbatasan mobilitas fisik, sulit mempertahankan posisi, memerlukan bantuan dalam aktivitas sehari-hari, Kondisi tersebut juga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi, seperti kontraktur, kekakuan sendi, serta penurunan tingkat kemandirian. Pasien umumnya menunjukkan manifestasi klinis berupa hemiparesis, penurunan refleks, penurunan tonus otot, serta keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas secara optimal (Virgin dkk., 2025).

Salah satu upaya asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien CVA infark berfokus pada stabilisasi perfusi serebral serta pencegahan komplikasi neurologis lebih lanjut. Intervensi awal meliputi pemantauan tanda-tanda vital, menjaga tekanan darah pada rentang aman, memantau status neurologis, memastikan kecukupan oksigenasi, serta melakukan tindakan untuk mencegah perluasan area iskemia (Widyawati dkk., 2020). Kondisi perfusi serebral lebih stabil, perawatan berlanjut pada fase rehabilitasi untuk mencegah penurunan fungsi motorik. Terapi nonfarmakologis seperti latihan *Range of Motion* (ROM), latihan mobilisasi bertahap, serta stimulasi aktivitas fisik membantu mengurangi risiko kekakuan sendi, meningkatkan sirkulasi, dan mempertahankan kekuatan otot. Latihan *Range of Motion* (ROM) bermanfaat untuk mengevaluasi kemampuan sendi, tulang, dan otot dalam melakukan pergerakan. Selain itu, latihan ini berperan dalam mencegah kekakuan sendi serta meningkatkan sirkulasi darah, sehingga dapat menunjang proses pemulihan fungsi gerak pada pasien (Lucas & Willis, 2024). Terapi farmakologi stroke infark akut meliputi pemberian agen trombolitik intravena, antikoagulan, pengendalian tekanan darah yang optimal, penurunan tekanan intrakranial, dan pemberian obat-obat neuroprotektif. Selain itu, edukasi mengenai gaya hidup sehat, kepatuhan pengobatan, pencegahan kekambuhan, dan dukungan psikososial sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien secara menyeluruh (Fatihah, 2023).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto?

### **1.3 Tujuan**

#### 1.3.1 Tujuan umum

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.

#### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.
2. Merumuskan Diagnosa keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.

### **1.4 Manfaat**

#### 1.4.1 Manfaat teoriti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan bidang kesehatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

#### 1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan keterampilan dalam proses asuhan keperawatan sehingga mutu pelayanan pada pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark dapat ditingkatkan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori CVA Infark**

##### **2.1.1 Pengertian**

*Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark merupakan kondisi klinis yang terjadi akibat gangguan atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke jaringan tersebut. Penurunan aliran darah yang berlangsung dalam waktu tertentu dapat mengakibatkan terjadinya nekrosis lokal apabila tidak segera mendapatkan penanganan. Stroke infark terjadi ketika aliran darah menuju area tertentu di otak mengalami hambatan akibat adanya sumbatan pada arteri serebral, sehingga kebutuhan oksigen sel-sel otak tidak terpenuhi secara optimal atau bahkan terhenti sepenuhnya (Aulyra Familah dkk., 2024).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Menurut Maria (2021), stroke infark dibagi menjadi dua jenis yaitu :

##### **1. Stroke trombotik**

Stroke trombotik terjadi saat terbentuk gumpalan darah pada salah satu arteri yang berperan dalam menyuplai darah ke otak. Pembentukan trombus tersebut umumnya dipicu oleh akumulasi deposit lemak (plak) pada dinding arteri yang menyebabkan terjadinya aterosklerosis, sehingga aliran darah menjadi berkurang atau terhambat. Selain itu, kondisi patologis arteri lainnya juga dapat berkontribusi terhadap terjadinya sumbatan tersebut. Sekitar 30–50% kasus stroke trombotik didahului oleh gejala prodromal, antara lain

paresis, afasia, paralisis, baal, diploopia, dan disartria. Gejala prodromal tersebut dapat bersifat sementara dan kembali normal tanpa meninggalkan defisit neurologis residual. Manifestasi klinis stroke trombotik umumnya mencapai puncaknya dalam waktu 72 jam, yang berkaitan dengan terjadinya edema pada area jaringan yang mengalami infark..

## 2. Stroke embolik

Stroke embolik terjadi akibat masuknya gumpalan darah atau debris lain yang terbawa aliran darah menuju otak. Gumpalan tersebut dikenal sebagai embolus, yang berasal dari lokasi lain dalam sistem sirkulasi sebelum akhirnya menyumbat pembuluh darah otak. Sumber embolus yang paling sering menyebabkan stroke antara lain berasal dari jantung, khususnya pada kondisi pascainfark miokardium atau pada pasien dengan fibrilasi atrium. Selain itu, embolus juga dapat berasal dari lesi aterosklerotik pada arteri karotis komunis maupun aorta yang kemudian terlepas dan menyumbat arteri serebral.

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Dewi & Fitraneti (2024), mekanisme terjadinya stroke iskemik menurut *American Stroke Association* adalah sebagai berikut:

#### 1. Trombosis serebral

Stroke trombotik kondisi ini terjadi apabila aliran darah ke otak terhambat akibat terbentuknya bekuan darah (trombus) di dalam pembuluh darah serebral. Penyebab utama kondisi ini adalah aterosklerosis, yang merupakan faktor tersering terjadinya stroke. Plak aterosklerosis dapat menyumbat arteri karotis interna, arteri serebral, maupun pembuluh darah

kecil lainnya di sirkulus Willis serta sirkulasi posterior. Proses ini diawali oleh kerusakan lapisan endotel, sehingga trombosit melekat pada area yang mengalami cedera, kemudian memicu proses koagulasi dan pembentukan trombus di lokasi tersebut.

## 2. Emboli serebral

Penyumbatan aliran darah ke otak dapat disebabkan oleh bekuan darah yang tidak terbentuk di pembuluh serebral, melainkan berasal dari organ lain, terutama jantung atau arteri besar di daerah toraks atas dan leher. Gangguan irama jantung, seperti fibrilasi atrium, dapat menimbulkan stasis darah di atrium sehingga meningkatkan risiko pembentukan trombus intrakardiak. Bekuan darah tersebut dapat terlepas, masuk ke sirkulasi sistemik, dan bergerak menuju otak. Ketika mencapai pembuluh serebral yang berdiameter lebih kecil, embolus akan terjebak dan menyebabkan obstruksi mendadak aliran darah, sehingga memicu terjadinya iskemia serebral fokal.

### 2.1.4 Manifestasi klinis

Menurut Winarno (2024), tanda dan gejala pada pasien stroke bersifat bervariasi dan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain lokasi lesi pada otak, arteri serebral yang mengalami oklusi, derajat keparahan kerusakan, serta luas area jaringan otak yang terdampak. Selain itu, keberadaan sirkulasi kolateral turut berperan dalam menentukan tingkat keparahan gejala yang timbul. Manifestasi klinis stroke infark dapat meliputi:

#### 1. Defisit lapang pandang

- a. Tidak menyadari keberadaan objek atau orang pada area yang mengalami kehilangan penglihatan.

- b. Diplopia (*penglihatan ganda*).
- c. Kesulitan dalam memperkirakan jarak dan ruang visual.

## 2. Defisit motorik

- a. Hemiplegi: kelumpuhan wajah, lengan, dan tungkai pada sisi tubuh yang sama.
- b. Hemiparesis: kelemahan wajah, lengan, dan tungkai pada sisi tubuh yang sama.
- c. Ataksia: gangguan koordinasi gerakan, ditandai dengan pola berjalan yang tidak stabil serta ketidakmampuan menyatukan gerakan kaki.
- d. Disartria: kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan artikulasi kata tidak jelas akibat paralisis otot-otot yang berperan dalam produksi bicara.
- e. Disfagia: kesulitan menelan akibat kelemahan atau paralisis otot-otot menelan.

## 3. Defisit sensorik

- a. Rasa kebas (*numbness*) dan kesemutan pada bagian tubuh tertentu yang mengalami gangguan sensorik.

## 4. Defisit kognitif

- a. Gangguan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- b. Perubahan dalam kemampuan membuat penilaian dan pengambilan keputusan.
- c. Penurunan rentang perhatian (*attention span*).
- d. Kesulitan dalam mempertahankan konsentrasi.

## 5. Defisit verbal

- a. Afasia ekspresif: ketidakmampuan membentuk kata atau kalimat yang dapat dipahami meskipun pasien menyadari apa yang ingin diucapkan.
- b. Afasia reseptif: ketidakmampuan memahami kata-kata yang didengar meskipun fungsi bicara tetap ada.
- c. Afasia global: kombinasi dari afasia ekspresif dan reseptif, sehingga kemampuan berbicara dan memahami bahasa sama-sama terganggu.

## 6. Defisit emosional

- a. Depresi akibat kehilangan fungsi tubuh maupun perubahan peran sosial.
- b. Menarik diri dari interaksi sosial atau aktivitas sehari-hari.
- c. Kehilangan kontrol diri, ditandai dengan perilaku impulsif atau tidak mampu mengendalikan emosi.
- d. Rasa takut, sikap bermusuhan, dan mudah marah yang muncul sebagai respons terhadap kondisi baru maupun keterbatasan fisik.
- e. Perasaan terisolasi, baik secara emosional maupun sosial.
- f. Penurunan toleransi terhadap stres, sehingga mudah merasa kewalahan dalam menghadapi situasi baru.
- g. Labilitas emosional, ditandai dengan perubahan perasaan yang cepat dan tidak stabil, misalnya tiba-tiba menangis atau tertawa tanpa alasan jelas.

### 2.1.5 Patofisiologi

Infark serebral merupakan kondisi yang terjadi akibat tidak adekuatnya suplai darah ke jaringan otak karena adanya sumbatan pada pembuluh darah, sehingga aliran darah ke otak menjadi melambat atau terhenti. Keadaan ini dapat terjadi akibat gangguan lokal, seperti trombus, emboli, perdarahan, dan spasme

vaskular, maupun akibat gangguan sistemik, misalnya hipoksia yang disebabkan oleh kelainan paru atau jantung. Aterosklerosis merupakan masalah yang paling sering terjadi pada pembuluh darah. Trombus dapat terbentuk akibat adanya plak aterosklerotik atau proses Pembekuan darah pada area yang mengalami penyempitan (stenosis) dapat memperlambat aliran darah dan menimbulkan turbulensi. Kondisi ini berpotensi menyebabkan trombus terlepas dari dinding pembuluh darah dan terbawa aliran darah sebagai embolus (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023).

Trombus pada pembuluh darah dapat menimbulkan iskemia pada jaringan otak, sehingga suplai darah terganggu dan terjadi edema serta kongesti di sekitar area yang terdampak. Jaringan yang mengalami edema biasanya menunjukkan disfungsi yang lebih luas dibandingkan daerah infark. Namun, edema dapat berkurang dalam beberapa jam hingga beberapa hari selama perawatan. Penurunan edema tersebut menjadi indikator objektif adanya proses pemulihan (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023).

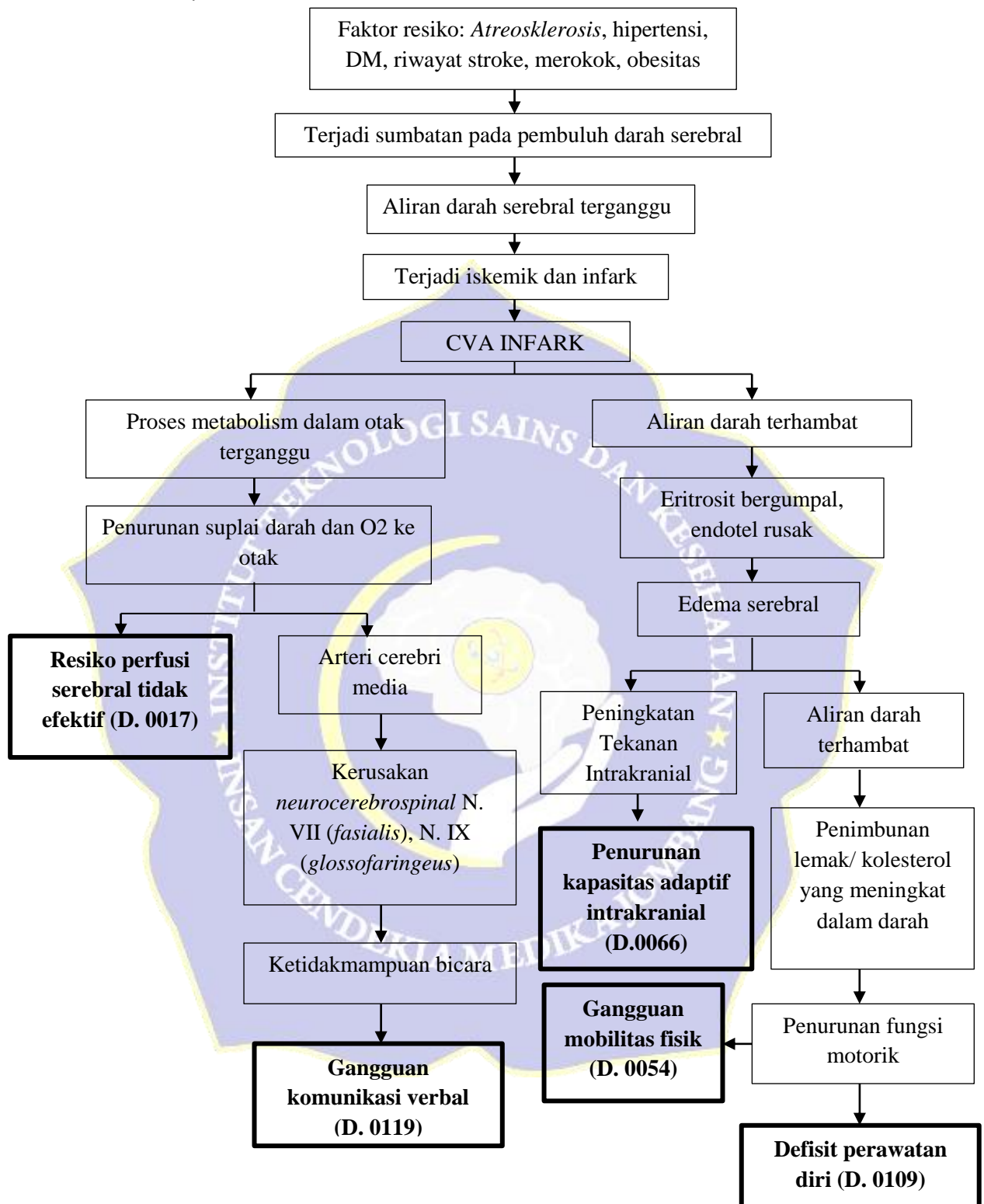
Trombosis umumnya tidak fatal jika tidak disertai perdarahan masif. Oklusi serebral akibat embolus dapat menyebabkan edema dan nekrosis yang diikuti trombosis. Infeksi septik berpotensi menimbulkan abses, ensefalitis, atau dilatasi aneurisma, yang dapat berujung pada perdarahan serebral apabila terjadi ruptur. Perdarahan otak lebih sering disebabkan oleh ruptur pembuluh darah akibat arteriosklerosis atau hipertensi (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023).

Perdarahan intraserebral dalam skala luas memiliki angka mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan penyakit serebrovaskular lainnya, karena dapat

menyebabkan destruksi massa otak serta peningkatan tekanan intrakranial yang berujung pada herniasi otak. Kondisi ini dapat menimbulkan kompresi pada batang otak maupun hemisfer serebri. Perdarahan pada batang otak, baik yang bersifat sekunder maupun akibat ekstensi perdarahan ke area tersebut, berisiko menyebabkan kematian. Kondisi tertentu, perdarahan dapat meluas ke ventrikel otak dan ditemukan pada sekitar sepertiga kasus perdarahan di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Gangguan sirkulasi serebral yang terjadi selanjutnya dapat berkembang menjadi anoksia serebral (Fadli Syamsuddin & Riyana Nur Ridwan Adam, 2023).

Perubahan ireversibel akibat anoksia dapat terjadi apabila berlangsung lebih dari 10 menit, dengan salah satu penyebab utamanya adalah henti jantung. Perdarahan dalam jumlah besar tidak hanya merusak parenkim otak, serta meningkatkan tekanan intrakranial yang dapat menurunkan perfusi serebral dan mengganggu drainase otak. Stroke merupakan gangguan sistem saraf yang memengaruhi fungsi neuromuskular dan sering menimbulkan defisit neurologis, seperti hemiparesis. Kondisi ini menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari sehingga pasien membutuhkan bantuan untuk mencegah risiko jatuh. Dampaknya, tingkat kemandirian pasien dapat menurun (Meidy & Fitriyani, 2025)

## 2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark  
Sumber: (Ariyanti, 2024)

### 2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut Dewi & Fitraneti (2024), pemeriksaan penunjang pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark adalah sebagai berikut:

#### 1. *Comoputed Tomography Scan* (CT Scan)

*Comoputed Tomography Scan* (CT Scan) adalah pemeriksaan awal utama untuk membedakan stroke iskemik dan hemoragik.

#### 2. *Elektrocardiogram* (EKG)

*Elektrocardiogram* (EKG) penting untuk mendeteksi gangguan irama jantung, terutama fibrilasi atrium sebagai sumber emboli.

#### 3. *Doppler Carotis*

*Doppler Carotis* adalah pemeriksaan ultrasonografi untuk menilai aliran darah dan adanya penyempitan pada arteri karotis yang berhubungan dengan risiko stroke iskemik (CVA infark).

#### 4. *Transcranial Doppler*

*Transcranial Doppler* (TCD) adalah pemeriksaan ultrasonografi non-invasif yang digunakan untuk menilai kecepatan dan pola aliran darah pada pembuluh darah otak melalui tulang tengkorak.

#### 5. *Transcranial Doppler* (TCD) *Bubble Contrast* & *Vasomotor Reactivy* (VMR)

*Transcranial Doppler* (TCD) *Bubble Contrast* ntuk mendeteksi adanya shunt kanan–kiri yang bisa menjadi jalur masuk emboli ke otak dan menyebabkan CVA infark. *Vasomotor Reactivy* (VMR) untuk menilai cadangan aliran darah serebral dan kemampuan pembuluh darah otak dalam melakukan vasodilatasi/vasokonstriksi.

## 6. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan penunjang meliputi hematologi rutin, glukosa darah (sewaktu, puasa, dan 2 jam postprandial), fungsi ginjal (ureum dan kreatinin), parameter koagulasi (APTT, PT, dan INR), HbA1c, profil lipid, C-reactive protein (CRP), serta laju endap darah (LED).

## 7. Foto thorax

Foto thorax dilakukan untuk menilai kondisi jantung dan paru, mendeteksi adanya kardiomegali, kelainan paru, atau komplikasi lain yang dapat berhubungan dengan faktor risiko stroke.

## 8. Urinalisa

Pemeriksaan urine digunakan untuk menilai adanya kelainan metabolik maupun penyakit sistemik (seperti diabetes melitus dan gagal ginjal) yang berpotensi menjadi faktor risiko terjadinya stroke.

## 9. *Echocardiografi*

*Transthoracic Echocardiography* (TTE) dan *Transesophageal Echocardiography* (TEE) bertujuan mengevaluasi fungsi jantung, mendeteksi adanya kelainan struktural, trombus intrakardiak, vegetasi endokarditis, atau kelainan katup yang berpotensi sebagai sumber emboli serebral.

## 10. *Digital Subtraction Angiography* (DSA) serebral

Pemeriksaan radiologi invasif dengan menggunakan kontras untuk visualisasi pembuluh darah otak. *Digital Subtraction Angiography* (DSA) dianggap sebagai *gold standard* dalam menilai adanya stenosis, oklusi, aneurisma, atau malformasi vaskular serebral.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Saidi & Andrianti (2021), adapun penatalaksanaan terapi farmakologis dan non farmakologis yaitu:

#### 1. Penatalaksanaan terapi farmakologi

##### a. Mitigasi cedera iskemik serebral

Intervensi awal difokuskan pada upaya mempertahankan jaringan iskemik semaksimal mungkin melalui optimalisasi suplai oksigen, glukosa, dan perfusi serebral, dengan cara mengendalikan atau memodifikasi aritmia serta tekanan darah.

##### b. Pemberian deksametason

c. Posisi kepala, Intervensi dilakukan dengan elevasi kepala sebesar 15–30 derajat untuk membantu mengendalikan tekanan darah dan menurunkan tekanan intrakranial, serta mencegah fleksi atau rotasi kepala yang berlebihan.

d. Pemberian antikoagulan seperti heparin untuk menghambat proses koagulasi pada fase akut, terapi antitrombotik untuk mencegah terjadinya trombosis maupun emboli, serta diuretik yang digunakan guna mengurangi edema serebral melalui penurunan tekanan intrakranial.

e. Operasi endarterektomi karotis dilakukan untuk meningkatkan aliran darah ke otak dengan cara mengangkat plak aterosklerotik dari arteri karotis.

#### 2. Terapi non farmakologi

a. Posisi tubuh dan kepala pada 15-30 derajat. Gerakan bertahap dapat dimulai setelah pasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.

- b. Jaga agar jalan napas tetap bersih dan ventilasi memadai.
- c. Menjaga tanda-tanda vital tetap stabil
- d. Istirahat di tempat tidur
- e. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
- f. Hindari demam, batuk, sembelit, dan minum berlebihan

#### 2.1.9 Komplikasi

Menurut Sherina dkk. (2022) komplikasi *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark yaitu:

##### 1. Edema otak

Terjadi akibat penyumbatan atau pendarahan yang memicu pembengkakan jaringan otak. Hal ini dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan memperparah kerusakan sel otak.

##### 2. Pneumonia aspirasi

Disebabkan oleh kesulitan menelan (*disfagia*) sehingga makanan/minuman masuk ke saluran pernapasan, bukan ke lambung. Hal ini memicu infeksi paru.

##### 3. *Deep Vein Thrombosis* (DVT) atau emboli paru

Pasien stroke yang mengalami imobilitas lama berisiko terbentuk bekuan darah di vena tungkai. Jika lepas, bisa menyumbat pembuluh darah paru.

##### 4. Kelumpuhan & cacat permanen

Kerusakan otak menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak, bisa menetap bila tidak tertangani optimal.

## 5. Kesulitan berbicara/berkomunikasi (afasia)

Stroke di area pusat bahasa (misalnya area Broca atau Wernicke) menimbulkan gangguan ekspresi atau pemahaman bahasa.

## 6. Masalah emosional & kognitif

- a. Depresi pascastroke, sering muncul akibat perubahan fungsi fisik, sosial, dan perubahan kimia otak.
- b. Demensia pascastroke, penurunan fungsi kognitif akibat kerusakan jaringan otak yang luas.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan CVA Infark

### 2.2.1 Pengkajian

Penilaian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, yang meliputi pengumpulan, verifikasi, pengorganisasian, interpretasi, dan pendokumentasian data secara sistematis. Kelengkapan dan keakuratan data yang diperoleh menentukan keakuratan tahap-tahap selanjutnya dalam proses keperawatan. (Ekaputri dkk., 2024).

#### 1. Identitas klien

Pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark, identitas yang sering dijumpai umumnya adalah usia lanjut, yaitu di atas 45 tahun, dengan kecenderungan lebih banyak pada laki-laki. Pasien umumnya memiliki riwayat gaya hidup tidak sehat, seperti merokok, mengonsumsi makanan berlemak tinggi, dan tingkat aktivitas fisik yang rendah.

#### 2. Keluhan utama

Keluhan utama yang paling sering ditemukan adalah kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegi), mulut tampak mencong,

gangguan berbicara berupa afasia/ disfasia, gangguan penglihatan, rasa baal atau kesemutan pada ekstremitas, serta sakit kepala yang muncul mendadak.

3. Riwayat penyakit sekarang

Menunjukkan gejala yang timbul secara tiba-tiba, baik ketika pasien sedang beraktivitas maupun beristirahat. Pada kasus tertentu, pasien juga dapat mengalami penurunan tingkat kesadaran jika area infark cukup luas.

4. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu sering kali menunjukkan adanya faktor risiko, seperti hipertensi kronis, diabetes melitus, hiperkolesterolemia, atau penyakit jantung (misalnya fibrilasi atrium). Beberapa pasien juga memiliki riwayat serangan stroke ringan atau *Transient Ischemic Attack* (TIA) sebelumnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga, umumnya ditemukan adanya anggota keluarga dengan hipertensi, stroke, atau penyakit jantung, yang menunjukkan adanya predisposisi genetik terhadap penyakit kardiovaskular.

6. Riwayat psikososial

Riwayat psikososial pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark umumnya memperlihatkan adanya kecemasan, ketakutan, bahkan depresi akibat perubahan kondisi fisik yang mendadak. Pasien merasakan adanya perubahan peran dalam keluarga akibat ketergantungan pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Dukungan dari keluarga sangat mempengaruhi tingkat penerimaan dan adaptasi pasien terhadap penyakit yang dialaminya (Samosir, 2020).

## 7. Pola-pola fungsi kesehatan

Menurut Nuryanti (2020), pola fungsi kesehatan sebagai berikut:

### a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien umumnya memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya dan faktor risiko yang dimiliki, misalnya hipertensi yang tidak terkontrol atau kebiasaan merokok. Kepatuhan minum obat sering kali rendah sehingga meningkatkan risiko kekambuhan stroke.

### b. Pola nutrisi dan metabolik

Gangguan nutrisi pada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark dapat muncul akibat disfagia (kesulitan menelan), kelemahan otot wajah, maupun penurunan kesadaran. Kondisi ini menimbulkan risiko aspirasi, malnutrisi, dan dehidrasi.

### c. Pola aktivitas dan latihan

Defisit motorik seperti hemiparesis atau hemiplegi mengakibatkan keterbatasan mobilitas dan aktivitas sehari-hari (ADL), sehingga pasien memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

### d. Pola tidur dan istirahat

Gangguan tidur dapat dipengaruhi oleh nyeri kepala, ketidaknyamanan selama dirawat, atau masalah psikologis seperti kecemasan dan depresi.

### e. Pola eliminasi

Gangguan eliminasi sering terjadi akibat immobilitas, kelemahan otot, atau gangguan kontrol neurologis. Pasien dapat mengalami konstipasi, retensi urin, atau inkontinensia.

f. Pola persepsi kognitif

Sering ditemukan gangguan bicara (afasia), penurunan daya ingat, serta kesulitan dalam konsentrasi. Pada sebagian pasien juga terdapat gangguan penglihatan atau sensasi.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Perubahan fisik yang mendadak sering memengaruhi konsep diri pasien. Pasien merasa kehilangan peran, tidak berdaya, atau rendah diri karena bergantung pada orang lain.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Perubahan peran terjadi akibat keterbatasan aktivitas. Pasien menjadi bergantung pada keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Aktivitas seksual dapat mengalami penurunan akibat kelemahan fisik, adanya komorbiditas, maupun penurunan rasa percaya diri.

j. Pola mekanisme stres dan coping

Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark umumnya mengalami kecemasan, stres, bahkan depresi akibat perubahan kondisi yang mendadak. Efektivitas mekanisme coping sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga dan lingkungan.

k. Pola Sistem nilai dan kepercayaan

Sebagian pasien memaknai sakit sebagai ujian dan berupaya mendekatkan diri kepada Tuhan, namun ada juga yang mengalami krisis spiritual karena merasa kehilangan harapan.

## 8. Pemeriksaan fisik

### a. Keadaan umum

Pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark, kondisi umumnya tampak lemah, dengan posisi tubuh miring atau tidak simetris akibat hemiparesis atau hemiplegi. Wajah dapat tampak asimetris, misalnya mulut mencong ke satu sisi, dan pasien sering mengalami kesulitan dalam berbicara maupun menelan. Kesadaran dapat bervariasi, mulai dari *compos mentis* hingga penurunan kesadaran, tergantung luas dan lokasi infark.

### b. Pemeriksaan tanda- tanda vital

Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark menunjukkan tekanan darah meningkat sebagai respon tubuh untuk mempertahankan perfusi otak. Nadi dapat normal, meningkat, atau tidak teratur, terutama bila ada gangguan irama jantung yang mendasari. Frekuensi pernapasan bisa meningkat atau tidak teratur, khususnya pada pasien dengan penurunan kesadaran atau keterlibatan batang otak. Sementara itu, saturasi oksigen ( $SpO_2$ ) biasanya normal, namun dapat menurun bila terdapat komplikasi seperti aspirasi atau gangguan pernapasan akibat kelemahan otot-otot pernapasan.

### c. Pemeriksaan *head to toe*

#### 1) Kepala

Pemeriksaan kepala bertujuan untuk menilai simetri wajah, fungsi saraf kranial, serta mengidentifikasi adanya tanda-tanda lesi neurologis pada otot wajah.

- a) Inspeksi: Kepala tampak simetris, namun dapat terlihat asimetris akibat kelemahan otot wajah (facial palsy), rambut dan kulit kepala umumnya tidak menunjukkan kelainan spesifik.
- b) Palpasi: Tidak ditemukan nyeri tekan atau benjolan pada kulit kepala, dan tidak ada kelainan pada bentuk tengkorak.

## 2) Mata

Tujuan untuk mengidentifikasi gangguan penglihatan akibat kerusakan pusat visual otak dan menilai fungsi saraf kranial III, IV, VI.

- a) Inspeksi: Ditemukan gangguan pergerakan bola mata, hemianopsia, pandang kosong, atau sulit fokus, pupil dapat menunjukkan reaksi cahaya yang lambat, muncul ptosis jika saraf terkait terdampak.
- b) Palpasi: Tidak ada kelainan spesifik pada palpasi (jarang diperlukan).

## 3) Telinga

Tujuan untuk menilai fungsi pendengaran karena gangguan pada lobus temporal dapat memengaruhi persepsi suara.

- a) Inspeksi: Umumnya normal, tanpa kelainan struktur.
- b) Palpasi: Tidak ada nyeri tekan atau kelainan.
- c) Auskultasi: Tidak dilakukan, Namun secara klinis pasien dapat mengalami gangguan pendengaran bila pusat pendengaran ikut terdampak.

## 4) Hidung

Tujuan untuk menilai kemungkinan kerusakan saraf olfaktorius dan kemampuan respirasi melalui hidung.

- a) Inspeksi: Tidak ditemukan kelainan pada bentuk hidung, dengan pernapasan hidung dalam batas normal.
- b) Palpasi: Tidak ditemukan nyeri tekan.

## 5) Mulut dan tenggorokan

Tujuan untuk mengidentifikasi gangguan fungsi saraf kranial VII, IX, X, XII dan menilai risiko aspirasi serta kemampuan bicara/menelan.

- a) Inspeksi: Mulut tampak mencong ke satu sisi, saat menjulurkan lidah, terdapat deviasi ke sisi yang lemah, terdapat kesulitan berbicara (disartria) atau suara serak, dan anda gangguan menelan (aspirasi) dapat terlihat dari batuk saat minum.
- b) Palpasi: Otot wajah pada sisi lemah terasa kurang tonus, kekuatan otot masseter menurun.
- c) Auskultasi: Menilai kemungkinan aspirasi (ronki basah pada paru yang terjadi pasca menelan).

## 6) Leher

Tujuan untuk menilai tanda penyempitan pembuluh darah karotis sebagai faktor risiko CVA infark.

- a) Inspeksi: Leher dalam batas normal, tanpa pembesaran.
- b) Palpasi: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening yang teraba; denyut karotis normal atau melemah jika aliran darah berkurang.

- c) Auskultasi: Dapat terdengar bruit karotis, menandakan aterosklerosis atau penyempitan arteri karotis.

## 7) Thorax

### a) Paru

Tujuan untuk mendeteksi gangguan pernapasan karena risiko aspirasi dan menilai komplikasi pulmoner.

1. Inspeksi: Gerakan dada simetris atau dapat sedikit menurun pada sisi hemiparesis.
2. Palpasi: Fremitus vokal menurun jika ada pneumonia aspirasi.
3. Perkusi: Sonor normal, dapat redup jika sudah terjadi komplikasi pneumonia.
4. Auskultasi: Bunyi napas vesikuler normal, namun dapat terdengar ronki pada pneumonia aspirasi atau penumpukan sekret akibat disfagia.

### b) Jantung

Tujuan untuk menilai perfusi jantung dan mendeteksi aritmia sebagai penyebab CVA infark.

1. Inspeksi: Bentuk dada dalam batas normal, tidak ada kelainan.
2. Palpasi: *Ictus cordis* teraba dalam batas normal, nadi perifer dapat lemah pada sisi hemiparesis.
3. Perkusi: Batas jantung umumnya normal.
4. Auskultasi: Bunyi jantung S1–S2 terdengar reguler, namun dapat menjadi ireguler pada pasien dengan fibrilasi atrium sebagai faktor risiko CVA infark..

## 8) Abdomen

Tujuan untuk menilai fungsi gastrointestinal dan risiko konstipasi pada pasien tirah baring.

- a) Inspeksi: Abdomen tampak datar atau membuncit ringan akibat konstipasi.
- b) Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, dapat ditemukan penumpukan feses pada kolon jika konstipasi.
- c) Perkusi: Timpani normal dan terdapat pekak pada area yang banyak feses (konstipasi).
- d) Auskultasi: Bunyi peristaltik menurun pada pasien tirah baring lama.

## 9) Genetelia

Tujuan untuk menilai kemampuan eliminasi dan gangguan kontrol kandung kemih akibat kerusakan neurologis.

- a) Inspeksi: Tidak ada kelainan structural, dan dapat terdapat penggunaan kateter urin.
- b) Palpasi: Tidak ada kelainan pada area genital.

## 10) Ekstremitas

Tujuan untuk menilai fungsi motorik, tonus otot, kekuatan, perfusi perifer, dan tingkat keparahan defisit neurologis.

- a) Inspeksi: Terdapat hemiparesis/hemiplegi pada sisi tubuh yang terkena, gerakan sangat terbatas pada sisi lemah, dan mungkin tampak atrofi otot jika sudah lama.

- b) Palpasi: Tonus otot menurun (flasid) pada fase akut, refleks tendon dalam menurun atau bisa meningkat setelah fase spastik muncul, seta uhu kulit pada sisi lemah cenderung lebih dingin.
- c) Perkusi: Tidak ada temuan khusus.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2018), diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada kasus *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark sebagai berikut :

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	<p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</b></p> <p>Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial</li> <li>2. Penurunan kinerja ventikel kiri</li> <li>3. Aterosklerosis aorta</li> <li>4. Diseksi arteri</li> <li>5. Fibrilasi atrium</li> <li>6. Tumor otak</li> <li>7. Stenosis karotis</li> <li>8. Miksoma atrium</li> <li>9. Aneurisma serebri</li> <li>10. Koagulopati (mis. anemia sel sabit)</li> <li>11. Dilatasi kardiomiopati</li> <li>12. Koagulasi (mis. anemia sel sabit)</li> <li>13. Embolisme</li> <li>14. Cedera kepala</li> <li>15. Hiperkolesteronemia</li> <li>16. Hipertensi</li> <li>17. Endokarditis infeksi</li> <li>18. Katup prostetik mekanis</li> <li>19. Stenosis mitral</li> <li>20. Neoplasma otak</li> <li>21. Infark miokard akut</li> <li>22. Sindrom sick sinus</li> <li>23. Penyalahgunaan zat</li> <li>24. Terapi trombolitik</li> <li>25. Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi)</li> </ol>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera kepala</li> <li>3. Aterosklerotik aortik</li> <li>4. Infark miokard akut</li> <li>5. Diseksi arteri</li> <li>6. Embolisme</li> <li>7. Endokarditis infeksi</li> <li>8. Fibrilasi atrium</li> <li>9. Hiperkolesterolemia</li> <li>10. Hipertensi</li> <li>11. Dilatasi kardiomiopati</li> <li>12. Koagulasi intravaskular diseminata</li> <li>13. Miksoma atrium</li> <li>14. Neoplasma otak</li> <li>15. Segmen ventrikel kiri akinetik</li> <li>16. Sindrom sick sinus</li> <li>17. Stenosis karotid</li> <li>18. Stenosis mitral</li> <li>19. Hidrosefalus</li> <li>20. Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)</li> </ol>	-

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	bypass)		
2.	<p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)</b></p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lesi menempati ruang (mis. <i>space-occupying lesion</i> – akibat tumor, abses)</li> <li>2. Gangguan metabolisme (mis. akibat hiponatremia, ensefalotapi uremik, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia)</li> <li>3. Edema serebral (mis. akibat cedera kepala [hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pascaoperasi)</li> <li>4. Peningkatan tekanan vena (mis. akibat trombosis sinus vena serebral, gagal jantung, trombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior)</li> <li>5. Obstruksi aliran cairan serebrospinalis (mis. hidrosefalus)</li> <li>6. Hipertensi intrakranial idiopatik</li> </ol>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cedera kepala</li> <li>2. Iskemik serebral</li> <li>3. Tumor serebral</li> <li>4. Hidrosefalus</li> <li>5. Hematoma kranial</li> <li>6. Pembentukan arteriovenous</li> <li>7. Edema vasegenik atau sitotoksik serebral</li> <li>8. Hiperemia</li> <li>9. Obstruksi aliran vena</li> </ol>	<p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar</li> <li>2. Bradikardia</li> <li>3. Pola napas ireguler</li> <li>4. Tingkat kesadaran menurun</li> <li>5. Respon pupil melambat atau tidak sama</li> <li>6. Refleks neurologis terganggu</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (tidak tersedia)</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Agitasi</li> <li>3. Muntah (tanpa disertai mual)</li> <li>4. Tampak lesu/lemah</li> <li>5. Fungsi kognitif terganggu</li> <li>6. Tekanan intrakranial (TIK) &gt;20mmHg</li> <li>7. Papiledema</li> <li>8. Postur desebrasi (ektensi)</li> </ol>
3.	<p><b>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</b></p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> </ol>	<p>Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medula spinalis</li> <li>3. Trauma</li> <li>4. Fraktur</li> <li>5. Osteoarthritis</li> <li>6. Ostemalasia</li> <li>7. Keganasan</li> </ol>	<p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
9.	Kontraktur		2. Gerakan tidak terkoordinasi
10.	Malnutrisi		3. Gerakan terbatas
11.	Gangguan musculoskeletal		4. Fisik lemah
12.	Gangguan neuromuscular		
13.	Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia		
14.	Efek agen farmakologis		
15.	Program pembatasan gerak		
16.	Nyeri		
17.	Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik		
18.	Kecemasan		
19.	Gangguan kognitif		
20.	Keengganan melakukan pergerakan		
21.	Gangguan sensori-persepsi		
<b>4.</b>	<b>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</b>  <b>Penyebab:</b> 1. Penurunan sirkulasi sereberal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Gangguan pendengaran 4. Gangguan muskuloskeletal 5. Kelaian pelatun 6. Hambatan fisik (mis. terpasang trkheostomi, intubasi, krikotirodektomi 7. Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi) 8. Hambatan pskiologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi) 9. hambatan lingkunagan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)	Gangguan komunikasi verbal penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem tombo.  <b>Kondisi klinis Terkait</b> 1. Stroke 2. Cedera kepala 3. Trauma wajah 4. Peningkatan tekanan intrakranial 5. Hipoksia kronis 6. Tumor 7. Miastenia gravis 8. Sklerosis multipel 9. Distropi meskuler 10. Penyakit Alzheimer 11. Kuadriplegia 12. Labiopalatoskizis 13. Infeksi laring 14. Fraktur rahang 15. Skizofrenia 16. Delusi 17. Paranoid 18. Autisme	<b>Gejala dan Tanda Minor</b> <b>Subjektif</b> 1. (tidak tersedia) <b>Objektif</b> 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai  <b>Gejala dan Tanda Minor</b> <b>Subjektif</b> 1. (tidak tersedia) <b>Objektif</b> 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Aфонia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15. Sulit menyusun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
			18. Disorientasi orang, ruang, waktu 19. Defisit penglihatan 20. Delusi
5.	<b>Defisit perawatan diri (D.0109)</b>  <b>Penyebab:</b> 1. Gangguan musculoskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat	Defisit perawatan diri ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.  <b>Kondisi Klinis Terkait</b> 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestik 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu	<b>Gejala dan Tanda Mayor</b> <b>Subjektif</b> 1. Menolak melakukan perawatan diri <b>Objektif</b> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang <b>Gejala dan Tanda Minor</b> <b>Subjektif</b> 1. (tidak tersedia) <b>Objektif</b> 1. (tidak tersedia)

Sumber: SDKI, 2018

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan terapeutik yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	<b>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</b>	<b>Perfusi serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....x.....jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran (1-5) 2. Kognitif (1-5) Keterangan: Indikator Meningkat 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat  3. Tekanan intra kranial (1-	<b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP ( <i>mean arterial pressure</i> ) (LIHAT: Kalkulator MAP) 4. Monitor CVP ( <i>central venous</i>

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
		5)	<i>pressure</i> )
		4. Sakit kepala (1-5)	5. Monitor PAWP, jika perlu
		5. Gelisah (1-5)	6. Monitor PAP, jika perlu
		6. Kecemasan (1-5)	7. Monitor ICP (intra cranial pressure)
		7. Demam (1-5)	8. Monitor gelombang ICP
		Keterangan:	9. Monitor status pernapasan
		Indikator Menurun	10. Monitor intake dan output cairan
		1. meningkat	<b>Terapeutik</b>
		2. cukup meningkat	1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
		3. sedang	2. Berikan posisi semi fowler
		4. cukup menurun	3. Hindari manuver valsava
		5. menurun	4. Cegah terjadinya kejang
		8. Tekanan darah sistolik (1-5)	5. Hindari penggunaan PEEP
		9. Tekanan darah diastolik (1-5)	6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
		Keterangan:	7. Pertahankan suhu tubuh normal
		Indikator Membaik	<b>Kolaborasi</b>
		1. memburuk	1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
		2. cukup memburuk	2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
		3. sedang	3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
		4. cukup membaik	
		5. membaik	<b>Edukasi Diet (I.12369)</b>
			<b>Observasi:</b>
			1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi terkait diet.
			2. Identifikasi tingkat pengetahuan pasien saat ini tentang diet sehat.
			3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu.
			4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan.
			5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan yang sesuai dengan diet.
			<b>Terapeutik</b>
			1. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet.
			2. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet.
			<b>Edukasi</b>
			1. Sediakan rencana makan tertulis, jika perlu.
			2. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan.
			3. Informasikan makanan yang

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
			<p>diperbolehkan dan dilarang dalam diet yang diprogramkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan.</li> <li>5. Anjurkan mengikuti rekomendasi makan sesuai program diet.</li> <li>6. Kolaborasi dengan ahli gizi dan sertakan keluarga dalam proses edukasi.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu.</li> </ol>
2.	<p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)</b></p>	<p><b>Kapasitas adaptif intrakranial (L.06049)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....x.....jam, maka Kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran (1-5)</li> <li>2. Fungsi kognitif (1-5)</li> </ol> <p>Keterangan: Indikator Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menurun</li> <li>2. cukup menurun</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup meningkat</li> <li>5. meningkat</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sakit kepala (1-5)</li> <li>4. Muntah (1-5)</li> </ol> <p>Keterangan: Indikator Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. meningkat</li> <li>2. cukup meningkat</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup menurun</li> <li>5. menurun</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Tekanan darah (1-5)</li> <li>6. Bradikardia (1-5)</li> <li>7. Pola nafas (1-5)</li> <li>8. Respon pupil (1-5)</li> <li>9. Tekanan intrakranial (1-5)</li> </ol> <p>Keterangan: Indikator Membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memburuk</li> <li>2. cukup memburuk</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup membaik</li> <li>5. membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menepati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)</li> <li>2. Monitor peningkatan TS</li> <li>3. Pantau pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>4. Pantau penurunan frekuensi jantung</li> <li>5. Pantau iregularitas irama napas</li> <li>6. Pantau penurunan tingkat kesadaran</li> <li>7. Pantau perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> <li>8. Pantau kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam rentang yang ditunjukkan</li> <li>9. Pantau tekanan perfusi serebral</li> <li>10. Pantau efek stimulus lingkungan terhadap TIK</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>2. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>3. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
3.	<b>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</b>	<p><b>Mobilitas fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....x.....jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas (1-5)</li> <li>2. Kekuatan otot (1-5)</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) (1-5)</li> </ol> <p>Keterangan: Indikator Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menurun</li> <li>2. cukup menurun</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup meningkat</li> <li>5. meningkat</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Nyeri (1-5)</li> <li>5. Kaku sendi (1-5)</li> <li>6. Gerakan terbatas (1-5)</li> <li>7. Kelemahan fisik (1-5)</li> </ol> <p>Keterangan: Indikator Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. meningkat</li> <li>2. cukup meningkat</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup menurun</li> <li>5. menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, pindah dari sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</li> </ol>
4.	<b>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</b>	<p><b>Komunikasi verbal (L.13118)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....x.....jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara (1-5)</li> <li>2. Kemampuan mendengar (1-5)</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh (1-5)</li> <li>4. Kontak mata (1-5)</li> </ol> <p>Keterangan: Indikator Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menurun</li> <li>2. cukup menurun</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup meningkat</li> <li>5. meningkat</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Afasia (1-5)</li> <li>6. Pelo (1-5)</li> <li>7. Gagap (1-5)</li> </ol>	<p><b>Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)</li> <li>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</li> <li>2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri</li> </ol>

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
		Keterangan: Indikator Menurun 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun  8. Pemahaman komunikasi (1-5) Keterangan: Indikator Membaik 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik	di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 4. Ulangi apa yang disampaikan pasien 5. Berikan dukungan psikologis 6. Gunakan juru bicara, jika perlu <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara <b>Kolaborasi</b> 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
5.	<b>Defisit perawatan diri (D.0109)</b>	<b>Perawatan diri (L.11103)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....x.....jam, maka Perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi (1-5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian (1-5) 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) (1-5) 4. Minat melakukan perawatan diri (1-5) 5. Mempertahankan kebersihan diri (1-5) 6. Mempertahankan kebersihan mulut (1-5)  Keterangan: Indikator Meningkat 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat	<b>Dukungan perawatan diri (I.11348)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <b>Terapeutik</b> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Sumber: SDKI,SLKI,SIKI (2018)

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukatif, dan kolaboratif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tahap ini merupakan pelaksanaan rencana perawatan keperawatan yang telah dikembangkan melalui penerapan intervensi untuk membantu klien mencapai tujuan mereka. Implementasi dipahami sebagai serangkaian tindakan profesional yang dilakukan oleh perawat dalam menangani masalah kesehatan klien, yang dalam pelaksanaannya memerlukan kemampuan kognitif, keterampilan interpersonal, dan keterampilan psikomotorik (Nursalam, 2022).

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan, yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan perawatan keperawatan telah tercapai berdasarkan intervensi yang telah dilaksanakan. Pada tahap ini, perawat melakukan penilaian terhadap respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan. Pelaksanaan evaluasi memerlukan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam menganalisis respons klien, menentukan tingkat ketercapaian tujuan, serta mengaitkan intervensi yang telah diberikan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Ekaputri dkk., 2024).

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Dalam penelitian ini tidak diterapkan analisis statistik maupun perhitungan kuantitatif lainnya. Studi kasus adalah salah satu desain penelitian kualitatif yang bertujuan untuk mengeksplorasi dan memahami suatu fenomena secara mendalam dalam konteks kehidupan nyata. (Salsabila, 2025).

Penelitian ini menggunakan laporan kasus untuk mendalami dan mengeksplorasi masalah keperawatan pada pasien dengan yang mengalami *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah memberikan gambaran mengenai masalah yang diteliti oleh peneliti, sehingga diperlukan untuk memperjelas makna serta istilah-istilah yang digunakan dalam penelitian ini. Penelitian yang dimaksud adalah Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto. Studi kasus ini menuntut penulis untuk memberikan penjelasan mengenai konsep yang terkait.

1. Asuhan Keperawatan Adalah suatu proses sistematis yang dilakukan oleh perawat melalui tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, dengan tujuan memberikan pelayanan holistik kepada pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark.

2. *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Adalah kondisi medis yang terjadi akibat adanya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak, yang mengakibatkan aliran darah terhenti, oksigen tidak sampai ke jaringan otak, dan akhirnya menyebabkan kerusakan atau kematian sel otak.

### 3.3 Partisipan

Penelitian ini menggunakan satu orang klien dengan diagnosis medis *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark dan dirawat di Ruang Sunan Bonang Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto. Adapun kriteria subyek penelitian ditetapkan sebagai berikut:

1. Pasien dengan diagnosis CVA infark pada hari perawatan ke-1.
2. Pasien dalam kondisi dengan tingkat kesadaran dengan total GCS=11.
3. Pasien laki-laki dengan rentang usia 45 tahun ke-atas.
4. Pasien yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian studi kasus ini.

### 3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

#### 3.4.1 Lokasi penelitian

Di Ruang Sunan Bonang Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto, Jl. R.A. Basuni No. 12 Mojokerto, Jawa Timur.

#### 3.4.2 Waktu penelitian

Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 27 November - 01 Desember 2025 di ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto.

### 3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh informasi sesuai dengan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

### 1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data melalui tanya jawab antara perawat dengan klien atau keluarga untuk memperoleh informasi subyektif mengenai kondisi kesehatan dan riwayat penyakit (Salsabila, 2025). Dalam penelitian ini, isi dari wawancara, meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan informasi tambahan dari keluarga pasien.

### 2. Observasi

Observasi adalah melakukan pengamatan langsung terhadap kondisi fisik, perilaku, dan respon klien terhadap tindakan (Salsabila, 2025). Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi dan melakukan pemeriksaan fisik *head to toe* sesuai format asuhan keperawatan medikal bedah.

### 3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data dengan menelaah berbagai dokumen atau catatan yang relevan, seperti rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang, serta catatan perkembangan keperawatan pada klien (Salsabila, 2025). Dalam penelitian ini, menelaah catatan rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang, serta dokumentasi keperawatan untuk melengkapi data yang di peroleh dari wawancara dan observasi.

## 3.6 Uji Keabsahan Data

Tujuan dari uji keabsahan data ini adalah untuk memperoleh data studi kasus yang valid secara maksimal. Validitas data sangat penting untuk menjamin bahwa hasil penelitian dapat dipercaya. Selain integritas peneliti sebagai instrumen utama, dilakukan juga beberapa teknik pengujian keabsahan data, yaitu:

1. Memperpanjang durasi observasi perawatan dilakukan hingga proses pelaporan kasus dinyatakan selesai dan tetap relevan. Studi ini, pelaporan kasus awalnya direncanakan selama 3 hari, tetapi diperpanjang selama 1 hari, sehingga total waktu pelaporan kasus menjadi 4 hari.
2. Triangulasi merupakan metode yang digunakan peneliti untuk menguji kebenaran data dengan membandingkan informasi dari berbagai sumber. Dalam penelitian ini, triangulasi dilakukan dengan melibatkan keluarga klien yang mengetahui riwayat kesehatan pasien serta perawat yang pernah menangani kasus serupa dan pasien lain yang menderita penyakit sama. Hal ini bertujuan untuk memperkuat data yang diperoleh dari responden utama.

### **3.7 Analisa Data**

Analisis data adalah proses secara sistematis mengidentifikasi, mengelompokkan, dan mengorganisir data yang diperoleh melalui catatan, wawancara, pengamatan, dan dokumentasi, guna meningkatkan pemahaman peneliti terhadap topik yang diteliti dan menyajikannya sebagai temuan penelitian. Selain itu, temuan-temuan ini diinterpretasikan untuk memperoleh makna yang relevan dengan fokus penelitian (Spradley & Huberman, 2024). Langkah- langkah analisa data sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data

Data diperoleh melalui wawancara dan observasi langsung di lokasi studi kasus. Temuan dari lapangan dicatat secara rinci kemudian ditranskrip untuk dijadikan data penelitian.

## 2. Mereduksi Data

Data hasil wawancara dan observasi dievaluasi serta diseleksi sehingga diperoleh informasi yang relevan dengan fokus penelitian. Hasil reduksi disusun secara sistematis, ditranskripsikan, dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif.

## 3. Penyajian Data

Data yang sudah direduksi disajikan dalam bentuk tabel, bagan, grafik, maupun narasi sesuai kebutuhan. Identitas pasien tetap disamarkan untuk menjaga kerahasiaan dan etika penelitian.

## 4. Kesimpulan

Data yang telah tersaji dianalisis lebih lanjut dengan membandingkan hasil penelitian terdahulu serta teori yang relevan. Kesimpulan dicapai melalui proses induksi, meliputi tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### 3.8 Etika Penelitian

Dalam penyusunan studi kasus ini, peneliti berpedoman pada prinsip-prinsip etika penelitian sebagai berikut:

#### 1. *Ethical Clearance* (Kelayakan Etik)

Penelitian ini telah dilakukan uji etik kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) ITSKes ICMe Jombang dengan **No. 470/KEPK/ITSKES-ICME/XII/2025**.

#### 2. *Informed Consent* (Persetujuan Menjadi Responden)

Persetujuan diperoleh melalui pengisian formulir kesediaan oleh responden. Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti memberikan penjelasan

mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian sehingga responden memahami dan menyetujui keterlibatannya secara sukarela.

3. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Identitas responden dijaga kerahasiaannya dengan tidak mencantumkan nama asli mereka dalam laporan penelitian. Sebagai gantinya, responden diberikan kode tertentu untuk melindungi data pribadi mereka dan menjaga kerahasiaan.

4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Seluruh informasi yang diperoleh dari responden dijamin kerahasiaannya dan digunakan semata-mata untuk kepentingan penelitian. Data tersebut tidak akan disebarluaskan kepada pihak lain yang tidak memiliki kewenangan atau kepentingan terkait.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Peneliti bersikap jujur dalam menyampaikan hasil penelitian, sedangkan responden serta keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan kondisi yang sebenarnya.

6. *Accountability* (Akuntabilitas)

Setiap tindakan peneliti dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, etis, dan profesional, serta dapat dijadikan dasar penilaian oleh pihak lain.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Pengambilan data pada studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark Di Ruang Sunan Bonang RS Islam Sakinah Mojokerto Jl. RA. Basuni No. 12, Sooko, Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur 61361. Di Ruangan Sunan Bonang merupakan ruang rawat inap penyakit dalam dengan jumlah tempat tidur 22 bed untuk kelas II dan 6 bed untuk kelas III.

##### 4.1.2 Asuhan Keperawatan

###### 1. Pengkajian identitas pasien

Tanggal masuk	: 27 November 2025
Jam masuk	: 04.35
Tanggal pengkajian	: 27 November 2025
Jam pengkajian	: 11.45
Nomor RM	: 0052xxxx
Nama	: Tn. M
Umur	: 65 Th
Jenis kelamin	: L
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Pedagang

Alamat : Kesamben, Mojokerto

Status pernikahan : Menikah

2. Penanggung jawab pasien

Nama : Ny. S

Umur : 46 Th

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kesamben, Mojokerto

Hub. Dengan PX : Anak dari pasien

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh pusing

b. Riwayat Kesehatan sekarang

Keluarga pasien mengatakan sekitar 4 hari sebelum masuk rumah sakit sering mengeluh kesemutan pada tangan dan kaki sebelah kanan, disertai pusing dan sering tersedak saat minum, namun masih dapat beraktivitas seperti biasa sehingga tidak segera dibawa ke fasilitas kesehatan. Tanggal 27 November 2025 pukul 04.15, pasien habis dari sholat subuh pasien pingsan, pasien masih sempat sadar dan mengeluhkan kepada keluarga bahwa tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah dan sulit digerakkan. Tidak lama kemudian kondisi pasien memburuk dengan penurunan kesadaran. Pasien tampak lemas pada ekstremitas kanan, wajah

dan bibir mencong, serta bicara pelo. Keluarga kemudian segera membawa pasien ke IGD RSI Sakinah Mojokerto. Tiba di IGD pukul 04.35 pasien datang dengan penurunan kesadaran GCS (E3,V4,M3), hemiparese sisi kanan, bicara pelo, dan respons lambat. Observasi *vital sign* TD: 171/90 MmHg, Nadi: 101x/menit, Suhu 37°C, RR: 22x/menit. Penanganan pertama yaitu dipasang IV line, kemudian dilakukan CT-scan kepala tanpa kontras dengan hasil CVA infark, dimasukkan obat injeksi Citicolin 250 mg, injeksi Ranitidine 50 mg, injeksi Ondansentron 4 mg, dan dipasang DC kateter. Setelah kondisi stabil, pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Sunan Bonang untuk perawatan lanjutan.

c. Riwayat Kesehatan dahulu

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 2020, pasien mengonsumsi obat antihipertensi tetapi tidak diminum secara teratur sering menghentikan obat saat merasa kondisi tubuh membaik, dan jarang kontrol rutin ke puskesmas.

d. Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi, Tidak ada riwayat stroke, diabetes melitus, maupun penyakit jantung dalam keluarga.

4. Pola fungsi kesehatan

a. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien memiliki kebiasaan merokok sekitar 7 batang per hari. Pasien tidak mengonsumsi alkohol dan mengonsumsi obat amlodipine 10 mg 1x/sehari. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat maupun

makanan. Keluarga berharap pasien dapat segera membaik. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit CVA infark serta aspek keamanan dan keselamatan selama perawatan masih terbatas. Data lain, Tidak ada

b. Nutrisi dan metabolik

Sebelum masuk rumah sakit, pasien makan dan minum per oral, dengan jumlah makan  $\pm 3$  kali sehari 1 porsi habis, minum  $\pm 1500$ – $2000$  ml/hari, dan tidak ada kesulitan menelan. Saat ini pasien mendapatkan diet NS Rendah Garam, jumlah porsi 1.900 kkal/ 24 jam, nafsu makan menurun. Jumlah cairan total  $\pm 1200$  ml/hari. Jenis cairan berupa air mineral dan tambahan infus NaCl 500 ml/24 jam. Data lain, nafsu makan pasien menurun.

c. Aktivitas dan Latihan

Sebelum masuk rumah sakit, pasien mandiri ketergantungan 0 dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Pasien mampu makan dan minum sendiri, mandi sendiri, toileting mandiri, berpakaian sendiri, serta berpindah dan berjalan tanpa bantuan. Pasien juga mampu melakukan mobilisasi di tempat tidur dan ambulasi secara mandiri tanpa alat bantu.

Tabel 4.1 Aktivitas fisik dan latihan

<b>Kemampuan perawatan diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
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				

Saat masuk rumah sakit, pasien berada pada tingkat ketergantungan 3, yaitu memerlukan bantuan orang lain dan alat dalam pemenuhan

kebutuhan perawatan diri. Pasien memerlukan bantuan saat makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, serta berpindah posisi. Pasien mampu melakukan mobilisasi di tempat tidur secara terbatas dengan bantuan orang lain dan latihan ROM pasif-aktif. Ambulasi belum dapat dilakukan secara mandiri. Alat bantu: Terpasang kateter, Data lain: Pasien tampak lemas dengan kelemahan ekstremitas kanan dan penurunan kesadaran (somnia), ADL dibantu keluarga.

d. Tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit, kebiasaan tidur pasien tidur malam hari, lama tidur sekitar 6–7 jam per malam, tanpa keluhan gangguan tidur. Masalah tidur tidak ada. Data lain, pasien jarang tidur siang.

Sesudah masuk rumah sakit, kebiasaan tidur pasien sering terbangun, lama tidur  $\pm 3-4$  jam per hari, dan tidur tidak nyenyak. Masalah tidur berupa pola tidur terganggu akibat kondisi sakit dan lingkungan rumah sakit. Data lain, pasien tampak mengantuk dan istirahat lebih banyak di tempat tidur.

e. Eliminasi

Sebelum MRS, kebiasaan defekasi BAB 1 kali/hari, pola teratur, warna feses coklat, tidak ada kolostomi. Kebiasaan miksi BAK spontan, pola teratur, warna urine kuning jernih, jumlah urine  $\pm 1500$  ml/hari. Data lain, pasien mampu ke toilet secara mandiri.

Sesudah MRS, kebiasaan defekasi belum BAB, pola tidak teratur, warna feses belum dapat dinilai, tidak ada kolostomi. Kebiasaan miksi melalui kateter urin, pola kontinu, warna urine kuning jernih, jumlah urine

±1200 ml/hari. Data lain, pasien terpasang kateter urin dan memerlukan pemantauan keseimbangan cairan.

f. Pola persepsi diri (konsep diri)

Pasien tampak mengalami penurunan harga diri akibat keterbatasan fisik yang dialami setelah sakit. Peran pasien dalam keluarga saat ini terganggu karena ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pasien mengenali identitas dirinya sebagai laki-laki. Pasien menyatakan harapan untuk dapat sembuh dan kembali beraktivitas seperti sebelum sakit. Penampilan pasien tampak kurang rapi dan memerlukan bantuan dalam perawatan diri. Koping adaptif dengan dukungan keluarga selama perawatan. Data lain, pasien didampingi keluarga selama menjalani perawatan di rumah sakit.

g. Peran dan hubungan sosial

Saat ini peran pasien dalam keluarga mengalami gangguan karena keterbatasan fisik dan ketergantungan pada orang lain. Penampilan peran tidak optimal, pasien belum mampu menjalankan peran seperti sebelum sakit. Sistem pendukung pasien baik, ditunjukkan dengan keterlibatan dan pendampingan keluarga selama perawatan. Interaksi dengan orang lain terbatas akibat penurunan kesadaran dan gangguan komunikasi. Data lain, keluarga kooperatif dan aktif membantu perawatan pasien.

h. Seksual dan reproduksi

Frekuensi hubungan seksual tidak dapat dinilai, terdapat hambatan hubungan seksual terkait kondisi sakit. Data lain: tidak ada.

i. Kognitif perseptual

Pasien dalam keadaan somnolen dengan respons lambat terhadap rangsangan. Kemampuan berbicara pelo dan pemahaman menurun. Fungsi pendengaran dan penglihatan normal, serta pasien tidak mengeluhkan nyeri. Data lain, pasien tampak kesulitan berbicara pelo dan kontak mata tidak adekuat.

j. Nilai dan keyakinan

Pasien menganut agama Islam. Pasien dan keluarga meyakini bahwa penyakit yang dialami merupakan ujian dari Tuhan dan berharap kesembuhan melalui ikhtiar pengobatan serta doa.

5. Pemeriksaan fisik

a. *Vital Sign*, Kesadaran, Keadaan umum

Tekanan darah	: 160/95 mmHg
Nadi	: 99 x/menit
Suhu	: 36,8 °C
RR	: 21 x/menit
Kesadaran	: Somnolen, GCS: E4-V4-M3
Status gizi	: Gemuk (IMT: 29 kg/m <sup>2</sup> )
Berat badan	: 85 kg
Tinggi badan	: 171 cm
Sikap	: Cemas

b. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

1) Kepala

Rambut berwarna hitam bercampur uban, kuantitas rambut cukup, dengan tekstur lurus. Kulit kepala tampak bersih, tidak ada luka atau lesi. Bentuk kepala simetris. Data lain, Hasil CT-Scan: *old cerebral infarc* di corona radiata kiri.

2) Mata

Konjungtiva tampak merah muda, sclera putih, refleks pupil isokor dan reaktif terhadap cahaya. Bola mata tampak simetris dan tidak terdapat kelainan. Data lain, tidak tampak sekret pada mata.

3) Telinga

Bentuk telinga normal, kedua telinga simetris. Tidak terdapat pengeluaran cairan dari telinga. Data lain, tidak tampak tanda infeksi atau kelainan pada telinga.

4) Hidung dan sinus

Bentuk hidung simetris, warna kulit sawo matang. Data lain, tidak tampak sekret dan tidak ada nyeri tekan pada sinus.

5) Mulut dan tenggorokan

Bibir tampak lembap, mukosa merah muda. Gigi tampak sebagian lengkap kurang bersih, lidah bersih. Palatum dan faring tampak normal, tidak ada tanda peradangan. Data lain, bibir pasien mencong, wajah tampak tidak simetris antara kanan dan kiri.

## 6) Leher

Bentuk leher simetris, warna kulit sawo matang. Trakea berada di garis tengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. JVP tidak meningkat. Data lain, tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening.

## 7) Thorax

## a) Paru- paru

Bentuk dada simetris, frekuensi napas 21 x/menit dengan kedalaman cukup. Jenis pernapasan torakoabdominal dengan pola napas teratur. Tidak tampak retraksi dada, irama napas teratur, dan ekspansi paru simetris. *Vocal fremitus* kanan dan kiri sama, pasien tidak mengeluh nyeri dada. Batas paru dalam batas normal. Suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan. Data lain, tidak ada.

## b) Jantung

Ictus cordis teraba di ICS V linea midklavikula kiri. Pasien tidak mengeluhkan nyeri dada. Batas jantung melebar ke lateral kiri dan kanan. Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak terdengar suara tambahan. Data lain, Hasil Foto Thorax: Cardiomegali, Nadi: 99x/menit, hasil EKG: sinus rythm.

## 8) Abdomen

Bentuk perut bulat normal, warna kulit sawo matang, lingkaran perut 115 cm. Bising usus 16 x/menit, tidak terdengar adanya massa. Tidak terdapat ascites. Pasien tidak mengeluhkan nyeri tekan. Data

lain, perut tidak kembung, palpasi lembut, dan tidak ada tanda peritonitis.

#### 9) Genetalia

Kondisi meatus normal, skrotum tidak terdapat kelainan. Data lain, pasien tidak mengeluhkan nyeri atau perubahan pada genital pasien terpasang kateter.

#### 10) Ekstremitas

Pasien mengalami parese (kelemahan) anggota gerak tubuh sebelah kanan, kekuatan otot menurun ekstremitas kanan atas 1/5, ekstremitas kanan bawah 1/5. Turgor kulit normal, tidak terdapat edema. Pasien tidak mengeluhkan nyeri, warna kulit sawo matang, akral hangat, tidak ada sianosis. Alat bantu tidak digunakan karena keterbatasan mobilisasi. Data lain, pasien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan atas bawah, sendi tampak kaku.

#### 6. Pemeriksaan penunjang

##### a. Foto Thorax Ap

Pemeriksaan tanggal 27 November 2025, Hasil: Cor ukuran membesar, *Pulmo Patchy infiltrate parakardial* kanan, kesimpulan cardiomegali. Sumber: Radiologi RSI Sakinah Mojokerto, 2025.

##### b. CT-Scan kepala tanpa kontras

Pemeriksaan tanggal 27 November 2025, Hasil: Tampak lesi hipodense batas tegas di corona radiata kiri dengan retraksi ventrikel lateral kiri, kesimpulan *old cerebral infarc* di corona radiata kiri. Sumber: Radiologi RSI sakinah Mojokerto, 2025.

## c. EKG

Pemeriksaan tanggal 27 November 2025, Hasil: Sinus Rhythm.

Sumber: Rekam medik pasien, 2025.

## d. Darah lengkap

Pemeriksaan tanggal 27 November 2025, Hasil pemeriksaan darah

lengkap:

Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Leukosit	10.420	3.000 – 11.000	jul
Neutrofil	63.0	50.0 – 70.0	%
%Limfosit	26.8	25.0 – 40.0	%
%Monosit	8.7	2.0 – 8.0	%
%Eosinofil	1.3	2.0 – 4.0	%
%Basofil	0.2	0.0 – 0.1	%
%IG	0.4	0.0 – 72.0	%
Eritrosit	2.83	3.80 – 5.20	Juta/Juta/ul
Hemoglobin	9.1	11.7 – 15.5	g/dl
Hematokrit	29.4	35.0 – 47.0	%
MCV	103.9	80.0 – 100.0	fl
MCH	32.2	26.0 – 34.0	pg
MCHC	31.0	32.0 – 36.0	g/dl
Trombosit	408.000	150.000 – 440.000	/jul
SGPT	12	0 – 35	U/L
Creatinin	0.9	0.5 – 0.9	Mg/dl
Kalium	4.8	3.50 – 5.50	Mmol/l
Clorida	106	96 – 110	Mmol/l
Albumin	3.1	3.6 – 5.2	Gr/dl
SGOT	15	0 – 35	U/L
GDS	140	<200	Mg/dl
Natrium	139	136 – 150	Mmol/l
BUN	10.9	7.0 – 21.0	Mg/dl

Sumber: Laboratorium RSI Sakinah Mojokerto, 2025.

## 7. Terapi medik

Tabel 4.3 Terapi medik

**Terapi medik**

Infus NaCl 500 ml/24 jam  
 Injeksi Santagesic 3x1 gr  
 Injeksi Ceftriaxone 3x1 gr  
 Injeksi Ondansentron 3x4 mg  
 Aspilet TAB 100 mg 1-0-0  
 Nitrokaf TAB 2,5 mg 0-1-0  
 Atorvastatin TAB 20 mg 0-0-1

Sumber: Rekam medik pasien, 2025.

## 4.1.3 Analisa data

Tabel 4.4 Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah				
1.	<p>Data subyektif: Pasien mengatakan pusing.</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>a. Keadaan umum lemah</p> <p>b. Pasien berbicara pelo</p> <p>c. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis</p> <p>d. Refleks pupil +/-</p> <p>e. Pasien tampak cemas</p> <p>f. TTV: TD: 160/95 MmHg Nadi: 99 x/menit Suhu: 36,8 °C RR: 21 x/menit</p> <p>g. Kesadaran: Somnolen</p> <p>h. GCS: E=4, V=4, M=3</p> <p>i. Hasil CT-Scan: Tampak lesi hipodense batas tegas di corona radiata kiri dengan retraksi ventrikel lateral kiri, kesimpulan <i>old cerebral infarct</i> di corona radiata kiri.</p>	<p>CVA infark</p> <p>↓</p> <p>Proses metabolisme dalam otak terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai darah dan O<sup>2</sup> ke otak</p> <p>↓</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p>				
2.	<p>Data subyektif: Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>a. Keadaan umum lemah</p> <p>b. Pasien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah</p> <p>c. Sendi tampak kaku</p> <p>d. ADL dibantu keluarga</p> <p>e. Kekuatan otot menurun</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>f. Kesadaran: Somnolen</p> <p>g. GCS: E=4, V=4, M=3</p>	1	5	1	5	<p>CVA infark</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah terhambat</p> <p>↓</p> <p>Penimbunan lemak/kolesterol yang meningkat dalam darah</p> <p>↓</p> <p>Penurunan fungsi motoric dan muskuloskeletal</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>
1	5						
1	5						
3.	<p>Data subyektif: Pasien mengatakan sulit berbicara, terasa berat saat berbicara.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>a. Pasien berbicara pelo</p> <p>b. Respon verbal pasien lambat</p> <p>c. kontak mata tidak adekuat</p>	<p>CVA infark</p> <p>↓</p> <p>Proses metabolisme dalam otak terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai darah dan O<sub>2</sub> ke otak</p> <p>↓</p> <p>Arteri cerebri media</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</p>				

No.	Data	Etiologi	Masalah
d.	wajah pasien tidak simetris antara kanan dan kiri, bibir mencong	↓ Kerusakan <i>neurocerebrospinal</i> N. VII( <i>fasialis</i> ), N. IX( <i>glossofaringeus</i> ) ↓ Ketidakmampuan bicara ↓ Gangguan komunikasi verbal	
e.	Kesadaran: somnolen		
f.	GCS: E=4, V=4, M=3		

Sumber: Data primer, 2025.

#### 4.1.4 Diagnosa keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).

#### 4.1.5 Intervensi keperawatan

Tabel 4.5 Intervensi keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<b>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).</b>	<b>Perfusi serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat (5)</li> <li>2. Sakit kepala menurun (5)</li> <li>3. Kecemasan menurun (5)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik membaik/normal (5)</li> </ol>	<b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) dan Edukasi diet (I.12369)</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)</li> </ol>

No	SDKI	SLKI	SIKI
		5. Tekanan darah diastolik membaik/normal (5)	4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi terkait diet. 7. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. <b>Terapeutik</b> 8. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 9. Berikan posisi semi fowler 10. Pertahankan suhu tubuh normal 11. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet <b>Edukasi</b> 12. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. 13. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dalam diet yang diprogramkan. 14. Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan. 15. Kolaborasi dengan ahli gizi dan sertakan keluarga dalam proses edukasi. <b>Kolaborasi</b> 16. Kolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter
2.	<b>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).</b>	<b>Mobilitas fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Kaku sendi menurun (5)	<b>Dukungan mobilisasi (L.05173)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk

No	SDKI	SLKI	SIKI
		5. Kelemahan fisik menurun (5)	membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <b>Edukasi</b> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	<b>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).</b>	<b>Komunikasi verbal (L.13118)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat (5) 2. Kontak mata meningkat (5) 3. Pelo menurun (5)	<b>Promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) <b>Terapeutik</b> 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 5. Ulangi apa yang disampaikan pasien <b>Edukasi</b> 6. Anjurkan berbicara perlahan 7. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Sumber: SDKI,SLKI,SIKI 2018.

## 4.1.6 Implementasi keperawatan

Hari/Tanggal: Kamis, 27 November 2025

Tabel 4.6 Implementasi keperawatan hari ke-1

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	12.00	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: CT-Scan ditemukan infark serebral	& Kristika
		12.05	2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 150/91 MmHg Nadi: 98 x/menit Suhu: 36,8 °C RR: 20 x/menit Kesadaran: Somnolen GCS: E=4,V=4,M=3	& Kristika
		12.10	3. Memonitor MAP ( <i>mean arterial pressure</i> ) Hasil: nilai MAP 111 mmHg.	& Kristika
		12.15	4. Memonitor status pernapasan Hasil: pernapasan vesikuler, tidak ada suara tambahan, RR= 21x/menit, SPO2= 99%	& kristika
		12.17	5. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake= air mineral 600 ml/24 jam, cairan infus 500 ml/24 jam. Output= urine 1.300 ml/24 jam	& Kristika
		12.23	6. Mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi terkait diet. Hasil: Keluarga tampak kooperatif, fokus, dan mampu mengulang kembali informasi dasar terkait diet pasien.	& Kristika
		12.30	7. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Hasil: pasien sebelum MRS makan baik 3x/hari, saat MRS makan diet NS RG 1.900 kkal 3x/hari tapi hanya habis ¼ porsi	& Kristika
		12.35	8. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: tidak bising, pencahayaan cukup, dan aktivitas dibatasi	& Kristika
		12.40	9. Memberikan posisi semi fowler Hasil: pasien dengan posisi semi fowler 30 derajat	& Kristika
		12.45	10. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu= 36,8 °C	& Kristika
		12.50	11. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet Hasil: Keluarga aktif berdiskusi dan menyampaikan kekhawatiran terkait nutrisi dan perawatan pasien.	& Kristika
		12.55	12. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. Hasil: untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, dan mendukung proses penyembuhan	& Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
		12.56	13. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dalam diet yang diprogramkan. Hasil: Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi sesuai diet nasi rendah garam.	& Kristika
		12.57	14. Mengajukan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan. Hasil: posisi semi fowler dipertahankan.	& Kristika
		12.59	15. Berkolaborasi dengan ahli gizi dan sertakan keluarga dalam proses edukasi. Hasil: Edukasi diet dilakukan bersama ahli gizi dan keluarga.	& Kristika
		13.00	16. Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter Hasil: inj. Santagesic 1gr, inj. Ceftriaxone 1gr, inj. Inj. Ondansentron 4mg, Nitrokaf TAB 2,5 mg.	& Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	14.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas, tidak ada keluhan nyeri Kekuatan otot: $\begin{array}{r l} 1 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$	& Kristika
		14.05	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien hanya mampu melakukan pergerakan ringan di tempat tidur dengan bantuan.	& Kristika
		14.07	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: Nadi= 99x/menit, TD: 160/95 mmHg.	& Kristika
		14.10	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: pasien tampak lemah	& Kristika
		14.12	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Pagar tempat tidur digunakan untuk membantu pergerakan.	& Kristika
		14.15	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: Pasien dibantu mengubah posisi miring kanan dan kiri.	& Kristika
		14.14	7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga ikut membantu pasien untuk mobilisasi	& Kristika
		14.19	8. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	& Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
		14.19	9. Hasil: Pasien dan keluarga memahami manfaat mobilisasi. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: pasien melakukan gerakan ROM pasif	& Kristika
		14.20	10. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: perawat mengajarkan miring kanan kiri dan ROM pasif.	& Kristika
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	11.32	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Hasil: Bicara pasien pelo, volume suara kecil, kecepatan bicara lambat, artikulasi kurang jelas.	& Kristika
		11.35	2. Memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara Hasil: Kesadaran somnolen, pemahaman masih ada, respon lambat terhadap pertanyaan.	& Kristika
		11.40	3. Menggunakan metode komunikasi alternatif Hasil: Pasien dibantu berkomunikasi dengan isyarat tangan, anggukan kepala, dan huruf vocal AIUEO .	& Kristika
		11.42	4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil: Perawat berbicara perlahan, berdiri di depan pasien, dan menggunakan huruf vocal AIUEO.	& Kristika
		11.45	5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Hasil: Informasi pasien dapat dipahami dengan lebih jelas setelah diulang.	& Kristika
		11.50	6. Menganjurkan berbicara perlahan Hasil: Pasien mencoba berbicara lebih perlahan meskipun masih kurang jelas.	& Kristika
		11.52	7. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Hasil: Pasien dan keluarga memahami bahwa gangguan bicara berkaitan dengan kondisi saraf.	& Kristika

Sumber: Data primer, 2025.

Hari/Tanggal: Jumat, 28 November 2025

Tabel 4.7 Implementasi keperawatan hari ke-2

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme	08.30	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: CT-Scan ditemukan infark serebral	& Kristika
		08.32	2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 149/90 MmHg	

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
	(D.0017).		Nadi: 95 x/menit Suhu: 36,7 °C RR: 20 x/menit Kesadaran: Somnolen GCS: E=4,V=4,M=3	& Kristika
		08.35	3. Memonitor MAP Hasil: nilai MAP 110 mmHg.	& Kristika
		08.40	4. Memonitor status pernapasan Hasil: pernapasan vesikuler, tidak ada suara tambahan, RR= 20x/menit, SPO2= 99%	& Kristika
		08.42	5. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake= air mineral 700ml/24 jam, cairan infus 500 ml/24 jam. Output= urine 1.400 ml/24 jam	& Kristika
		08.45	6. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Hasil: pasien sebelum MRS makan baik 3x/hari, saat MRS makan diet NS RG 1.900 kkal 3x/hari tapi hanya habis ¼ porsi	& Kristika
		08.50	7. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: tidak bising, pencahayaan cukup, dan aktivitas dibatasi	& Kristika
		08.50	8. Memberikan posisi semi fowler Hasil: pasien dengan posisi semi fowler 30 derajat	& Kristika
		08.52	9. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu= 36,7 °C	& Kristika
		08.55	10. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dalam diet yang diprogramkan. Hasil: Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi sesuai diet nasi rendah garam.	& Kristika
		08.57	11. Mengajukan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan. Hasil: posisi semi fowler 30 derajat dipertahankan.	& Kristika
		09.00	12. Berkolaborasi dengan ahli gizi dan sertakan keluarga dalam proses edukasi. Hasil: Edukasi diet dilakukan bersama ahli gizi dan keluarga, pasien diberikan diet NS rendah garam 1.900 kkal/24 jam.	& Kristika
		09.03	13. Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter Hasil: inj. Santagesic 1gr, inj. Ceftriaxone 1gr, inj. Inj. Ondansentron 4mg, Atorvastatin TAB 20 mg.	& Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	09.30	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas, tidak ada keluhan nyeri	& Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf				
	dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).		Kekuatan otot: <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> </tr> </table>	2	5	1	5	
2	5							
1	5							
		09.32	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien hanya mampu melakukan pergerakan ringan di tempat tidur dengan bantuan.	& Kristika				
		09.35	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: Nadi= 95x/menit, TD: 149/90 mmHg.	& Kristika				
		09.37	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: pasien tampak lemah, masih pusing	& Kristika				
		09.40	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Pagar tempat tidur digunakan untuk membantu pergerakan.	& Kristika				
		09.45	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: Pasien dibantu mengubah posisi miring kanan dan kiri.	& Kristika				
		09.50	7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga ikut membantu pasien untuk mobilisasi	& Kristika				
		09.57	8. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini Hasil: pasien melakukan gerakan ROM pasif	& Kristika				
		10.00	9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: perawat mengajarkan miring kanan kiri dan ROM pasif.	& Kristika				
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	09.00	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Hasil: Bicara pasien masih pelo, volume suara kecil, kecepatan bicara masih lambat, artikulasi kurang jelas.	& Kristika				
		09.05	2. Memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara Hasil: Kesadaran somnolen, pemahaman masih ada, respon lambat terhadap pertanyaan.	& Kristika				
		09.10	3. Menggunakan metode komunikasi alternatif Hasil: Pasien dibantu berkomunikasi dengan isyarat tangan dan huruf vocal AIUEO.	& Kristika				
		09.12	4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil: Perawat berbicara perlahan, berdiri di depan pasien, dan menggunakan kalimat pendek.	& Kristika				

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
		09.15	5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Hasil: Informasi pasien dapat dipahami dengan lebih jelas setelah diulang.	& Kristika
		09.18	6. Menganjurkan berbicara perlahan Hasil: Pasien mencoba berbicara lebih perlahan meskipun masih kurang jelas.	& Kristika

Sumber: Data primer, 2025.

Hari/Tanggal: Sabtu, 29 November 2025

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan hari ke-3

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	08.00	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: CT-Scan ditemukan infark serebral	& Kristika
		08.02	2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 127/74 MmHg Nadi: 93 x/menit Suhu: 36,5 °C RR: 20 x/menit Kesadaran: Apatis GCS: E=4, V=5, M=4	& Kristika
		08.05	3. Memonitor MAP ( <i>mean arterial pressure</i> ) Hasil: nilai MAP 91 mmHg.	& Kristika
		08.10	4. Memonitor status pernapasan Hasil: pernapasan vesikuler, tidak ada suara tambahan, RR= 20x/menit, SPO2= 99%	& Kristika
		08.12	5. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake= air mineral 650ml/24 jam, cairan infus 500 ml/24 jam. Output= urine 1.450 ml/24 jam	& Kristika
		08.15	6. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Hasil: pasien sebelum MRS makan baik 3x/hari, saat MRS makan diet NS RG 1.900 kkal 3x/hari tapi hanya habis ¼ porsi	& Kristika
		08.16	7. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: tidak bising, pencahayaan cukup, dan aktivitas dibatasi	& Kristika
		08.18	8. Memberikan posisi semi fowler Hasil: pasien dengan posisi semi fowler 30 derajat	& Kristika
		08.20	9. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu= 36,5 °C	& Kristika
		08.22	10. Menganjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan. Hasil: posisi semi fowler 30 derajat dipertahankan.	& Kristika
		08.25	11. Berkolaborasi dengan ahli gizi dan sertakan keluarga dalam proses edukasi.	& Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf				
		08.30	12. Hasil: Edukasi diet dilakukan bersama ahli gizi dan keluarga, pasien diberikan diet NS rendah garam 1.900 kkal/24 jam. Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter Hasil: inj. Santagesic 1gr, inj. Ceftriaxone 1gr, inj. Inj. Ondansentron 4mg, Nitrokaf TAB 2,5 mg.	& Kristika				
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	10.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas, tidak ada keluhan nyeri Kekuatan otot: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table>	2	5	2	5	& Kristika
2	5							
2	5							
		10.02	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien hanya mampu melakukan pergerakan ringan di tempat tidur dengan bantuan.	& Kristika				
		10.05	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: Nadi= 93x/menit, TD: 127/74 mmHg.	& Kristika				
		10.07	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: pasien masih tampak lemah, dan masih pusing	& Kristika				
		10.11	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Pagar tempat tidur digunakan untuk membantu pergerakan.	& Kristika				
		10.15	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil: Pasien dibantu mengubah posisi miring kanan dan kiri.	& Kristika				
		10.20	7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga ikut membantu pasien untuk mobilisasi	& Kristika				
		10.25	8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: pasien melakukan gerakan ROM pasif	& Kristika				
		10.30	9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Pasien dilatih duduk di sisi tempat tidur dan ROM pasif.	& Kristika				
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara	08.00	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Hasil: Bicara pasien masih pelo, volume suara kecil, kecepatan bicara masih lambat, artikulasi lumayan jelas.	& Kristika				
		08.03	2. Memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan	& Kristika				

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
	pelo (D.0119).		bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) Hasil: Pasien mampu memahami dan menjawab pertanyaan dengan benar.	
		08.05	3. Menggunakan metode komunikasi alternatif Hasil: Isyarat tangan jarang digunakan dan huruf vocal AIUEO.	& Kristika
		08.10	4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil: Perawat berbicara perlahan, berdiri di depan pasien, dan menggunakan kalimat pendek.	& Kristika
		08.15	5. Menganjurkan berbicara perlahan Hasil: Pasien mencoba berbicara lebih perlahan, sudah lumayan jelas.	& Kristika

Sumber: Data primer, 2025.

Hari/Tanggal: Minggu, 30 November 2025

Tabel 4.9 Implementasi keperawatan hari ke-4

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	09.00	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: CT-Scan ditemukan infark serebral	& Kristika
		09.02	2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 125/71 MmHg Nadi: 88 x/menit Suhu: 36,5 °C RR: 20 x/menit Kesadaran: apatis GCS: E=4,V=5,M=5	& Kristika
		09.05	3. Memonitor MAP ( <i>mean arterial pressure</i> ) Hasil: nilai MAP 89 mmHg.	& Kristika
		09.07	4. Memonitor status pernapasan Hasil: pernapasan vesikuler, tidak ada suara tambahan, RR= 20x/menit, SPO2= 98%	& Kristika
		09.10	5. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake= air mineral 600ml/24 jam, cairan infus 500 ml/24 jam. Output= urine 1.400 ml/24 jam	& Kristika
		09.12	6. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Hasil: pasien sebelum MRS makan baik 3x/hari, saat MRS makan diet NS RG 1.900 kkal 3x/hari tapi hanya habis ½ porsi	& Kristika
		09.15	7. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu= 36,5 °C	& Kristika
		09.20	8. Menganjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit	& Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
			setelah makan. Hasil: posisi semi fowler 30 derajat dipertahankan.	& Kristika
		09.22	9. Berkolaborasi dengan ahli gizi dan sertakan keluarga dalam proses edukasi. Hasil: Edukasi diet dilakukan bersama ahli gizi dan keluarga, pasien diberikan diet NS rendah garam 1.900 kkal/24 jam.	
		09.25	10. Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter Hasil: inj. Santagesic 1gr, inj. Ceftriaxone 1gr, inj. Inj. Ondansentron 4mg, Aspilet TAB 100 mg.	& Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	10.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas berkurang. Kekuatan otot: 3   5 3   5	& Kristika
		10.02	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien mampu duduk sendiri dengan bantuan ringan dari keluarga	& Kristika
		10.05	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: Nadi= 88x/menit, TD: 125/71 mmHg.	& Kristika
		10.07	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: pasien tampak mulai stabil saat mobilisasi	& Kristika
		10.10	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Pagar tempat tidur digunakan untuk membantu pergerakan.	& Kristika
		10.13	6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga ikut membantu pasien untuk mobilisasi	& Kristika
		10.20	7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: pasien melakukan gerakan ROM pasif	& Kristika
		10.25	8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Pasien dilatih pindah tempat tidur ke kursi.	& Kristika
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara	09.00	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Hasil: Bicara pasien masih pelo, volume suara kecil, kalimat pendek dapat diucapkan lebih jelas.	& Kristika
		09.05	2. Memonitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan	& Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
	pelo (D.0119).		bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa) Hasil: Pasien memahami instruksi kompleks sederhana.	& Kristika
		09.07	3. Menggunakan metode komunikasi alternatif Hasil: Isyarat tangan jarang digunakan dan huruf vocal AIUEO.	& Kristika
		09.10	4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil: Pasien mampu mengikuti percakapan dengan lebih baik.	& Kristika
		10.17	5. Mengajarkan berbicara perlahan Hasil: Pasien konsisten berbicara dengan tempo terkendali.	& Kristika

Sumber: Data primer, 2025.

Hari/Tanggal: Senin, 01 Desember 2025

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan hari ke-5

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	08.30	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: CT-Scan ditemukan infark serebral	& Kristika
		08.32	2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil: TD: 123/71 MmHg Nadi: 88 x/menit Suhu: 36,3 °C RR: 20 x/menit Kesadaran: Compos mentis GCS: E=4,V=5,M=6	& Kristika
		08.35	3. Memonitor MAP ( <i>mean arterial pressure</i> ) Hasil: nilai MAP 88 mmHg.	& Kristika
		08.36	4. Memonitor status pernapasan Hasil: pernapasan vesikuler, tidak ada suara tambahan, RR= 20x/menit, SPO2= 98%	& Kristika
		08.38	5. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake= air mineral 600ml/24 jam, cairan infus 500 ml/24 jam. Output= urine 1.400 ml/24 jam	& Kristika
		08.40	6. Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Hasil: pasien sebelum MRS makan baik 3x/hari, saat MRS makan diet NS RG 1.900 kkal 3x/hari tapi hanya habis ½ porsi	& Kristika
		08.45	7. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu= 36,3 °C	& Kristika
		08.50	8. Mengajarkan mempertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan. Hasil: posisi semi fowler 30 derajat	& Kristika



No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Paraf
		08.55	9. dipertahankan. Berkolaborasi pemberian obat sesuai advice dokter Hasil: inj. Santagesic 1gr, inj. Ceftriaxone 1gr, inj. Inj. Ondansentron 4mg, Aspilet TAB 100 mg.	& Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	09.30	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas berkurang. Kekuatan otot: 3   5 3   5	& Kristika
		09.30	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien mampu duduk sendiri dengan bantuan ringan dari keluarga	& Kristika
		09.34	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: Nadi= 88x/menit, TD: 123/71 mmHg.	& Kristika
		09.40	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: pasien tampak mulai stabil saat mobilisasi	& Kristika
		09.43	5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga ikut membantu pasien untuk mobilisasi	& Kristika
		09.45	6. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini Hasil: pasien melakukan gerakan ROM pasif	& Kristika
		09.50	7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Pasien dilatih pindah tempat tidur ke kursi.	& Kristika
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	08.00	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Hasil: Bicara pasien masih pelo, volume suara kecil, kalimat pendek dapat diucapkan lebih jelas.	& Kristika
		08.05	2. Menggunakan metode komunikasi alternatif Hasil: Isyarat tangan jarang digunakan dan huruf vocal AIUEO.	& Kristika
		08.10	3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil: Pasien mampu mengikuti percakapan dengan lebih baik.	& Kristika
		08.17	4. Mengajarkan berbicara perlahan Hasil: Pasien konsisten berbicara dengan tempo terkendali.	& Kristika

Sumber: Data primer, 2025.

## 4.1.7 Evaluasi keperawatan

Hari/Tanggal: Kamis, 27 November 2025

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan hari ke-1



No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf				
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	16.00	<p>S: Pasien mengatakan masih pusing. (2)</p> <p>O:            a. Keadaan umum lemah            b. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis            c. Refleks pupil +/+            d. Pasien tampak masih cemas (2)            e. TTV:            TD: 150/91 MmHg (2)            Nadi: 98 x/menit            Suhu: 36,8 °C            RR: 20 x/menit            f. Kesadaran: Somnolen (2)            g. GCS: E=4, V=4, M=3</p> <p>A: Masalah belum teratasi            P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,7,8,9,10,13,14,15,16)</p>	 Kristika				
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	16.10	<p>S: Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas.</p> <p>O:            a. Keadaan umum lemah (2)            b. Pasien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah (2)            c. Sendi tampak kaku (2)            d. ADL dibantu keluarga (2)            e. Kekuatan otot menurun (1)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>f. Kesadaran: Somnolen            g. GCS: E=4, V=4, M:3</p> <p>A: Masalah belum teratasi            P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,9,10)</p>	1	5	1	5	 Kristika
1	5							
1	5							
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	16.20	<p>S: Pasien mengatakan masih sulit berbicara, terasa berat saat berbicara.</p> <p>O:            a. Pasien berbicara pelo (1)            b. Respon verbal pasien lambat (1)            c. kontak mata tidak adekuat (1)</p>	 Kristika				


No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
			d. wajah pasien tidak simetris antara kanan dan kiri, bibir mencong e. Kesadaran: somnolen f. GCS: E=4, V=4, M=3 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6)	

Sumber: Data primer, 2025.

Hari/Tanggal: Jum'at, 28 November 2025

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan hari ke-2



No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	14.30	S: Pasien mengatakan pusing berkurang (3)  O: a. Keadaan umum lemah b. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis c. Refleks pupil +/- d. Pasien tampak lebih tenang (3) e. TTV: TD: 149/90 MmHg (2) Nadi: 95 x/menit Suhu: 36,7 °C RR: 20 x/menit f. Kesadaran: Somnolen (2) g. GCS: E=4, V=4, M=3 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,15,16)	 Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	14.35	S: Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas.  O: a. Keadaan umum lemah (2) b. Pasien tampak masih kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah (2) c. Sendi tampak kaku (2) d. ADL dibantu keluarga (2) e. Kekuatan otot meningkat (2) $\begin{array}{r l} 2 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$ f. Kesadaran: Somnolen g. GCS: E=4, V=4, M=3 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,9,10)	 Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	13.45	<p>S: Pasien mengatakan masih sulit berbicara, terasa berat saat berbicara.</p> <p>O:            a. Pasien masih berbicara pelo (1)            b. Respon verbal pasien masih lambat (1)            c. kontak mata mulai adekuat (2)            d. wajah pasien tidak simetris antara kanan dan kiri, bibir mencong            e. Kesadaran: somnolen            f. GCS: E=4, V=4, M=3            A: Masalah belum teratasi            P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,6)</p>	 Kristika


Sumber: Data primr, 2025.

Hari/Tanggal: Sabtu, 29 November 2025

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan hari ke-3

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0054).	14.00	<p>S: Pasien mengatakan pusing berkurang (4)</p> <p>O:            a. Keadaan umum lemah            b. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis            c. Refleks pupil +/-            d. Pasien tampak lebih tenang (4)            e. TTV:            TD: 127/74 MmHg (3)            Nadi: 93 x/menit            Suhu: 36,5 °C            RR: 20 x/menit            f. Kesadaran: Somnolen (3)            g. GCS: E=4, V=5, M=4            A: Masalah teratasi sebagian            P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,15,16)</p>	 Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).	14.10	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas berkurang.</p> <p>O:            a. Keadaan umum lemah (3)            b. Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah (3)            c. Sendi tampak kaku            d. ADL masih dibantu keluarga (3)</p>	 Kristika


No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
			e. Kekuatan otot meningkat (3) $\begin{array}{r l} 2 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$ f. Kesadaran: Apatis g. GCS: E=4, V=5, M:4 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6,7,9,10)	


3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	14.20	S: Pasien mengatakan masih terasa berat saat berbicara.  O: a. Pasien berbicara pelo (4) b. Respon verbal pasien mulai membaik (4) c. Kontak mata mulai adekuat (4) d. Wajah pasien tidak simetris antara kanan dan kiri, bibir mencong e. Kesadaran: apatis f. GCS: E=4, V=5, M=4 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,6)	 Kristika
----	--	-------	---	---


Sumber: Data primer, 2025.

Hari/Tanggal: Minggu, 30 November 2025

Tabel 4.14 Evaluasi keperawatan hari ke-4

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0054).	14.10	S: Pasien mengatakan pusing sudah berkurang. (4)  O: a. Keadaan umum lemah b. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis c. Refleks pupil +/- d. Pasien tampak lebih tenang (4) e. TTV: TD: 125/71 MmHg (5) Nadi: 88 x/menit Suhu: 36,5 °C RR: 20 x/menit f. Kesadaran: Apatis (4) g. GCS: E=4, V=5, M=5 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,16)	 Kristika
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	14.20	S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas berkurang.	


No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf				
	dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).		<p>O:</p> <p>a. Keadaan umum cukup (4)</p> <p>b. Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah (4)</p> <p>c. Sendi tampak tidak kaku (5)</p> <p>d. ADL sebagian masih dibantu keluarga (4)</p> <p>e. Kekuatan otot meningkat (5)</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3</td> <td style="padding-left: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3</td> <td style="padding-left: 5px;">5</td> </tr> </table> <p>f. Kesadaran: Apatis</p> <p>g. GCS: E=4, V=5, M:5</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,6,7,9,10)</p>	3	5	3	5	 Kristika
3	5							
3	5							



3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).	14.27	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih terasa sedikit berat saat berbicara.</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien masih sedikit pelo, namun sudah lumayan jelas (5)</p> <p>b. Respon verbal pasien mulai membaik (5)</p> <p>c. Kontak mata adekuat (5)</p> <p>d. Wajah pasien masih tidak simetris antara kanan dan kiri, bibir mencong</p> <p>e. Kesadaran: apatis</p> <p>f. GCS: E=4, V=5, M=5</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (1,3,4,6)</p>	 Kristika
----	--	-------	--	--

Sumber: Data primer, 2025.

Hari/ Tanggal: Senin, 01 Desember 2025

Tabel 4.15 Evaluasi keperawatan hari ke-5

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0054).	14.00	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan pusing sudah hilang. (5)</p> <p>O:</p> <p>a. Keadaan umum cukup</p> <p>b. Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis</p> <p>c. Refleks pupil +/-</p> <p>d. TTV:</p> <p>TD: 123/71 MmHg (5)</p> <p>Nadi: 85 x/menit</p> <p>Suhu: 36,3 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>e. Kesadaran: Composmentis (5)</p> <p>f. GCS: E=4, V=5, M=6</p>	 Kristika

No.	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
			A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (P asien KRS)	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054).		S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan dan lemas berkurang.  O: a. Keadaan umum cukup (5) b. Pasien tampak sudah bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah (5) c. Sendi tampak sudah tidak kaku (5) d. ADL sebagian masih dibantu keluarga e. Kekuatan otot (5) $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ f. Kesadaran: Composmentis g. GCS: E=4, V=5, M:6 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi hentikan (Pasien KRS)	 Kristika
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien berbicara pelo (D.0119).		S: Pasien mengatakan masih terasa sedikit berat saat berbicara.  O: a. Pasien masih sedikit pelo, namun sudah bertambah jelas (5) b. Respon verbal pasien baik (5) c. Kontak mata adekuat (5) d. Wajah pasien masih tidak simetris antara kanan dan kiri, bibir mencong e. Kesadaran: Composmentis f. GCS: E=4, V=5, M=6 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan (Pasien KRS)	 Kristika

Sumber: Data primer, 2025.

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien Tn. M menunjukkan adanya penurunan tingkat kesadaran dalam kondisi somnolen dengan nilai GCS (E4V4M3), tekanan darah 160/95 mmHg, serta keluhan pusing dan kelemahan tubuh. Pasien juga menunjukkan gangguan neurologis berupa bicara pelo (disartria), deviasi wajah ke arah kanan, serta kelemahan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan

(hemiparese) yang menyebabkan keterbatasan gerak dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Tanda dan gejala tersebut menunjukkan adanya gangguan fungsi neurologis akibat penurunan aliran darah ke otak. Berdasarkan hasil pengkajian riwayat kesehatan, diketahui bahwa 4 hari sebelum masuk ke rumah sakit pasien pernah mengalami keluhan sering tersedak saat minum serta kesemutan pada tubuh sebelah kanan.

Menurut Haryani dkk. (2025), CVA infark terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak, yang menyebabkan berkurangnya aliran darah dan pasokan oksigen ke jaringan otak.. Keadaan ini menimbulkan tanda dan gejala neurologis khas, seperti penurunan tingkat kesadaran, pusing, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese), serta gangguan bicara berupa bicara pelo atau tidak jelas akibat terganggunya pusat bicara di otak. Gangguan tersebut berdampak pada keterbatasan mobilisasi dan aktivitas sehari-hari pasien. (Darmawan dkk., 2023). Fase akut CVA infark, peningkatan tekanan darah sering ditemukan sebagai respons kompensasi tubuh untuk mempertahankan perfusi serebral pada area otak yang mengalami iskemia apabila tekanan darah terlalu tinggi dan tidak terkontrol, kondisi tersebut justru dapat memperberat kerusakan jaringan otak dan meningkatkan risiko komplikasi neurologis (Saifullah dkk., 2024).

Menurut peneliti, hasil pengkajian keperawatan pada pasien Tn. M menunjukkan kesesuaian antara kondisi klinis pasien dengan gambaran CVA infark. Keluhan yang dialami pasien empat hari sebelum masuk rumah sakit, berupa sering tersedak saat minum dan kesemutan pada tubuh sebelah kanan, dapat mengindikasikan adanya gangguan neurologis awal akibat penurunan

perfusi serebral. Namun, pada saat dilakukan pengkajian di rumah sakit, tidak ditemukan gangguan menelan, yang kemungkinan disebabkan oleh perbaikan kondisi neurologis, mekanisme kompensasi tubuh, atau intervensi medis awal yang telah diberikan sebelum perawatan. Gejala utama yang masih menetap adalah penurunan tingkat kesadaran, peningkatan tekanan darah, kelemahan ekstremitas sebelah kanan, deviasi wajah, serta gangguan bicara berupa disartria. Peningkatan tekanan darah pada fase akut dapat dipandang sebagai mekanisme kompensasi tubuh untuk mempertahankan aliran darah ke otak. Namun, kondisi ini tetap memerlukan pemantauan dan penanganan yang tepat karena tekanan darah yang tidak terkontrol berpotensi memperberat iskemia serebral. Hal ini yang mendukung penetapan diagnosis medis CVA infark serta menjadi dasar dalam penentuan diagnosis dan intervensi keperawatan yang sesuai.

#### 4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan analisa data subjektif dan objektif yang ditemukan pada klien. Diagnosa keperawatan utama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak akibat CVA infark. Masalah ini ditandai dengan klien mengeluhkan kepala terasa pusing, badan terasa lemah, serta adanya penurunan tingkat kesadaran GCS (E4V4M3). Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Kondisi ini disebabkan oleh CVA infark yang mengganggu metabolisme otak sehingga berdampak pada penurunan suplai darah dan oksigen ke otak, yang menyebabkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal. Hal ini ditandai dengan kelemahan anggota gerak satu sisi (hemiparese) dan keterbatasan aktivitas klien.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, yang ditandai dengan bicara pelo dan respons verbal yang lambat. Berdasarkan riwayat kesehatan, empat hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami keluhan sering tersedak saat minum, namun pada saat pengkajian tidak ditemukan gangguan menelan dan pasien mampu menelan dengan baik. Data yang ditemukan sesuai dengan kriteria data mayor dan minor pada diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal.

Menurut Ariyanti (2024), CVA infark menyebabkan terhambatnya aliran darah ke otak sehingga proses metabolisme otak terganggu dan terjadi penurunan suplai darah serta oksigen ke jaringan serebral. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya perfusi serebral tidak efektif, yang ditandai dengan penurunan kesadaran, pusing, dan kelemahan pada pasien. Selain itu, gangguan aliran darah yang dipicu oleh penimbunan lemak atau kolesterol dapat menurunkan fungsi motorik dan muskuloskeletal. Adanya kelemahan ekstremitas satu sisi yang menyebabkan keterbatasan gerak, sehingga sesuai dengan penetapan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA infark. CVA infark yang melibatkan arteri cerebri media, penurunan suplai darah dapat menyebabkan gangguan pada saraf kranial, khususnya Nervus VII dan Nervus IX, yang berperan dalam fungsi bicara. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan berbicara atau bicara pelo, sehingga mendukung penetapan diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal. Gangguan menelan pada pasien CVA infark dapat terjadi akibat keterlibatan Nervus VII (fasialis) dan Nervus IX (glosfaringeus). Nervus VII berperan dalam kontrol otot wajah dan bibir yang penting pada fase oral

menelan, sedangkan Nervus IX berperan dalam refleksi menelan dan fungsi sensorik faring. Gangguan pada kedua saraf tersebut dapat menyebabkan kesulitan mengontrol bolus makanan dan meningkatkan risiko tersedak, namun pada sebagian pasien kondisi ini dapat bersifat sementara dan membaik seiring stabilisasi fungsi neurologis (Listiani dkk., 2024).

Menurut peneliti, risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan utama pada klien dengan CVA infark. Diagnosis ini berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak yang ditandai oleh keluhan pusing dan kelemahan tubuh, penurunan tingkat kesadaran GCS (E4V4M3), serta hemiparesis kanan. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat gangguan perfusi serebral. Kondisi ini ditandai dengan kelemahan ekstremitas kanan, keterbatasan pergerakan, dan ketergantungan pasien dalam mobilisasi. Selain itu, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular akibat penurunan aliran darah ke pusat bicara, yang ditandai dengan bicara pelo dan deviasi wajah. Keluhan sering tersedak saat minum yang dialami pasien empat hari sebelum masuk rumah sakit kemungkinan merupakan manifestasi awal gangguan neurologis akibat penurunan perfusi serebral pada fase akut CVA infark. Namun, karena pada saat pengkajian di ruang rawat inap tidak ditemukan gangguan menelan dan pasien mampu menelan dengan adekuat, maka diagnosa keperawatan gangguan menelan tidak ditegaskan sebagai masalah aktual.

#### 4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan untuk risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) dan edukasi diet (I.12369).

Intervensi dilakukan selama 3x24 jam diharapkan maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, kecemasan menurun, tekanan darah sistolik membaik, dan tekanan darah diastolik membaik. Gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi (I.05173). Intervensi keperawatan dilakukan 3x24 jam diharapkan maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, dan kelemahan fisik menurun. Gangguan komunikasi verbal yaitu promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492). Intervensi keperawatan dilakukan 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil kemampuan berbicara meningkat, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat, kontak mata meningkat, dan pelo menurun.

Menurut Luku dkk. (2025), Risiko perfusi serebral tidak efektif Intervensi keperawatan difokuskan pada pemantauan status neurologis dan manajemen peningkatan tekanan intrakranial untuk mengoptimalkan perfusi otak. Pengaturan diet rendah garam, rendah lemak, dan rendah kolesterol berperan dalam mengontrol tekanan darah dan mencegah aterosklerosis yang dapat menghambat aliran darah ke otak, Tekanan darah yang terkontrol membantu mempertahankan perfusi serebral dan mencegah perburukan kondisi neurologis (Rahma, 2024). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot dan hemiparesis akibat kerusakan pusat motorik, untuk mendukung mobilisasi diperlukan latihan *Range of Motion* (ROM) untuk meningkatkan kekuatan otot, mencegah kekakuan sendi, dan mendukung kemandirian pasien (Fitri, 2024). Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular akibat kerusakan pusat

bicara, ditandai dengan bicara pelo dan kesulitan menyampaikan pesan, sehingga intervensi promosi komunikasi bertujuan membantu pasien berkomunikasi secara lebih efektif dan memahami instruksi (Alamsyah dkk., 2024).

Menurut peneliti, bahwa intervensi yang direncanakan sudah relevan, berbasis teori, dan realistis diterapkan sesuai kondisi pasien untuk mendukung proses pemulihan secara optimal. Intervensi disusun sesuai dengan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif, pemilihan Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) dan Edukasi Diet (I.12369) tepat karena pasien menunjukkan tanda gangguan neurologis yang berisiko memperburuk perfusi otak. Pemantauan status neurologis, MAP, serta keseimbangan cairan dilakukan untuk mendeteksi dini komplikasi, sementara pengaturan posisi, kontrol stimulus, dan edukasi diet bertujuan mendukung stabilitas hemodinamik dan perfusi serebral. Namun ada beberapa intervensi yang tidak dicantumkan seperti monitor CVP, ICP, PEP, cairan hipotonik, kolaborasi obat sedasi, diuretik, terkait diet, dan edukasi struktur rencana makan pemilihan dan penggantian bahan makanan diet, karena pasien dirawat di ruang rawat inap biasa dengan kondisi klinis relatif stabil, tanpa tanda peningkatan tekanan intrakranial atau gangguan hemodinamik berat, sehingga intervensi disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kewenangan pelayanan yang tersedia.

Gangguan mobilitas fisik, intervensi Dukungan Mobilisasi (I.05173) dipilih sesuai dengan kondisi pasien yang mengalami hemiparesis sebelah kanan dan keterbatasan gerak. Pemantauan toleransi fisik, fasilitasi pergerakan dengan alat bantu, tujuan dan prosedur mobilisasi, dan latihan mobilisasi sederhana.

Gangguan komunikasi verbal, intervensi Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) sesuai karena pasien mengalami gangguan bicara pelo akibat gangguan neurologis. Penggunaan metode komunikasi alternatif, penyesuaian cara komunikasi, serta keterlibatan keluarga diharapkan dapat membantu pasien menyampaikan kebutuhan secara lebih efektif. Intervensi yang tidak dicantumkan yaitu monitor frustrasi, modifikasi lingkungan, dukungan psikologis, juru bicara, rujuk ke terapis bicara, intervensi diterapkan disesuaikan dengan kondisi pasien.

#### 4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan telah diberikan selama lima hari (5 x 24 jam), awalnya rencana tindakan keperawatan ditetapkan selama 3 x 24 jam sesuai dengan target luaran yang telah ditetapkan. Durasi perawatan diperpanjang menjadi lima hari dengan tetap melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk mengoptimalkan hasil yang telah dicapai. Implementasi yang diberikan pada hari ke-1, perfusi serebral tidak efektif meliputi mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial, memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial, memonitor MAP, status pernapasan, intake dan output cairan, kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi terkait diet, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi Fowler, pertahankan suhu tubuh normal, berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet, tujuan kepatuhan diet, makanan yang diperbolehkan dan dilarang sesuai diet yang diprogramkan, menganjurkan posisi semi Fowler 30–45 derajat selama 20-30 menit setelah makan, berkolaborasi dengan ahli gizi dan melibatkan keluarga dalam proses

edukasi, berkolaborasi pemberian obat sesuai *advice* dokter. Gangguan mobilitas fisik meliputi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik dalam pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama mobilisasi, memfasilitasi dengan alat bantu, membantu pasien melakukan pergerakan dan perubahan posisi, melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan pasien, menganjurkan mobilisasi dini, serta mengajarkan mobilisasi sederhana. Sedangkan, Gangguan komunikasi verbal meliputi memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, memonitor perkembangan kemampuan bicara, metode komunikasi alternatif, menyesuaikan gaya komunikasi sesuai kebutuhan pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, menganjurkan berbicara perlahan, mengajarkan pasien dan keluarga mengenai proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Hari ke-2 hingga ke-5 peneliti mengimplementasikan yang belum berhasil dengan melanjutkan intervensi hari sebelumnya. Pelaksanaan implementasi yang dilakukan selama 5 hari tidak mengalami kendala, klien dan keluarga mengikuti arahan yang telah diberikan sesuai tindakan keperawatan.

Menurut Anggraini & Nurlaily (2023), Implementasi keperawatan pada pasien dengan risiko perfusi serebral tidak efektif pemantauan tanda vital, MAP status pernapasan, dan keseimbangan cairan berperan penting dalam menjaga perfusi serebral tetap adekuat, posisi semi fowler membantu meningkatkan aliran balik vena mendukung optimalisasi aliran darah ke otak. Gangguan mobilitas fisik difokuskan pada pemantauan kondisi fisik sebelum dan selama mobilisasi, fasilitasi pergerakan dengan alat bantu, latihan ROM pasif dan aktif, latihan ini

dapat membantu memperbaiki kekuatan otot, cegah kaku sendi, serta pemulihan mobilitas (Nurdianti & Zaini, 2024). Gangguan komunikasi verbal tindakan seperti pemantauan kemampuan bicara, komunikasi metode alternatif, anjuran berbicara perlahan. Latihan ini dapat memperbaiki kemampuan pasien menyampaikan kebutuhan dan memahami intruksi (Latifah dkk., 2025).

Menurut peneliti, berdasarkan implementasi keperawatan pada hari ketiga peneliti menilai bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh literatur yang relevan. Risiko perfusi serebral tidak efektif yang dilakukan seperti memantau tanda vital, MAP, pernapasan, intake-output cairan, posisi semi fowler, mengurangi stimulus lingkungan, edukasi diet, dan kolaborasi obat. Kondisi pasien lebih tenang, tekanan darah membaik, pusing berkurang, ini menunjukkan implementasi yang dipilih sesuai dan efektif untuk menjaga aliran darah tetap stabil. Gangguan mobilitas fisik tindakan seperti pemantauan sebelum dan saat mobilisasi, latihan ROM, fasilitasi alat bantu, melibatkan keluarga, terbukti dimana pasien mulai bisa menggerakkan ekstremitas kanan dan peningkatan kekuatan otot, meski untuk ADL masih dibantu keluarga tetapi implementasi ini sangat mendukung pemulihan mobilitas bertahap. Gangguan komunikasi verbal seperti memantau bicara, metode komunikasi alternatif, menyesuaikan gaya komunikasi, dan mengajarkan bicara perlahan, hasil pasien bicara membaik, artikulasi masih pelou, kontak mata adekuat, dan wajah belum simetris pengaplikasian ini sangat sesuai untuk mendukung kemampuan komunikasi verbal secara bertahap. Asuhan keperawatan pada pasien dilaksanakan secara kontinu selama 3 shift ( $1 \times 24$  jam) melalui kerja sama tim perawat di ruang perawatan. Namun, dalam penyusunan karya ilmiah ini, peneliti

hanya mendokumentasikan implementasi keperawatan yang dilakukan pada shift peneliti bertugas, yaitu selama  $1 \times 8$  jam, tanpa mengurangi kesinambungan dan mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

#### 4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan selama lima hari menggunakan pendekatan SOAP, di hari kelima perawatan, masalah risiko perfusi serebral tidak efektif telah teratasi, pasien mengatakan pusing sudah hilang, tingkat kesadaran meningkat, kecemasan menurun, dan tekanan darah membaik semua kriteria dengan skor 5. Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan pada hari kelima perawatan, masalah gangguan mobilitas fisik dinyatakan teratasi sebagian, dengan adanya peningkatan kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, dan pergerakan ekstremitas meningkat dengan semua kriteria hasil mencapai skor 5. Namun demikian, pasien masih mengalami keterbatasan dalam mobilisasi sehingga belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri sepenuhnya. Sementara itu, masalah gangguan komunikasi verbal juga dinyatakan teratasi sebagian, ditandai dengan kemampuan bicara meningkat, kontak mata adekuat, dan pelo menurun dengan semua kriteria hasil mencapai skor 5. Meskipun demikian, kemampuan komunikasi verbal pasien belum sepenuhnya kembali normal dan masih memerlukan latihan serta stimulasi komunikasi lanjutan.

Menurut Oktavia & Prihatiningsih (2025), Evaluasi keperawatan pada pasien stroke infark menunjukkan bahwa tujuan risiko perfusi serebral tidak efektif mengarah pada membaiknya perfusi serebral, yang ditandai dengan status neurologis stabil, tekanan darah dalam batas terkontrol, tingkat kesadaran baik,

dan keluhan pusing berkurang hingga menghilang, dimana menunjukkan bahwa luaran perfusi serebral tercapai sesuai tujuan keperawatan. Masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke merupakan masalah jangka panjang yang memerlukan latihan mobilisasi dan latihan ROM secara bertahap dan berkesinambungan. Perbaikan kekuatan otot dan fungsi gerak tidak dapat terjadi secara cepat, melainkan membutuhkan waktu yang relatif lama serta dukungan rehabilitasi lanjutan. Oleh karena itu, dalam periode perawatan singkat, hasil yang realistis adalah peningkatan fungsi, bukan pemulihan total (Anggraeni & Widada, 2023). Gangguan komunikasi verbal pada pasien stroke dampak gangguan saraf pusat yang proses pemulihannya berlangsung bertahap dan jangka panjang, sehingga pada fase awal perawatan capaian intervensi umumnya bersifat parsial dan ditunjukkan oleh peningkatan respons verbal, kontak mata yang adekuat, serta penurunan bicara pelo, meskipun fungsi komunikasi belum sepenuhnya pulih (Anggraini dkk., 2023).

Menurut peneliti, evaluasi keperawatan selama lima hari menunjukkan hasil yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan serta teori yang ada. Hari kelima masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi, evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien yang ditandai dengan berkurangnya keluhan pusing, tekanan darah yang lebih stabil, peningkatan tingkat kesadaran, serta pasien tampak lebih tenang. Gangguan mobilitas fisik hasil teratasi sebagian menunjukkan pasien sudah mampu menggerakkan ekstremitas kanan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah yang semula 1/5/1/5 menjadi 3/5/3/5, kelemahan berkurang, kaku sendi menurun dan aktivitas sebagian masih dibantu keluarga. Gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian,

menunjukkan kondisi pasien adanya peningkatan kemampuan komunikasi respon verbal membaik, kontak mata adekuat, bicara pelo berkurang, walaupun belum sepenuhnya normal. Hasil evaluasi yang menyatakan gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian sudah sesuai secara klinis dan ilmiah serta menunjukkan perlunya perawatan lanjutan dan keterlibatan keluarga setelah pasien dipulangkan.



## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian yang telah dilakukan terhadap Tn. M yang mengalami *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark pasien tampak cemas mengeluh pusing, pasien tampak lemah, dan penurunan GCS. Pasien mengeluhkan kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan yang disertai keterbatasan gerak serta penurunan kekuatan otot akibat hemiparesis sisi kanan. Selain itu, pasien mengalami gangguan bicara berupa artikulasi tidak jelas (disartria) dan respons verbal yang melambat.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. M adalah yang pertama risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan embolise, yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah dan sulit untuk digerakkan, dan ketiga gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan pasien bicara pelo.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) dan edukasi diet (I.012369) pada diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif, dukungan mobilisasi (I.05173) pada gangguan mobilitas fisik, serta promosi komunikasi: defisit bicara (I.13492) pada gangguan komunikasi verbal.
4. Implementasi keperawatan dilaksanakan 5x24 jam sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan, dengan pengamatan, tindakan mandiri, penyuluhan

dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan SIKI 2018. Proses studi kasus ini dilakukan pada hari ke 1 awal masuk RS dan dilakukan selama 5 hari sesuai dengan kebutuhan klien CVA infark.

5. Evaluasi keperawatan pada pasien dilakukan selama 5 hari risiko perfusi serebral tidak efektif masalah teratasi ditandai pasien mengatakan sakit kepala/pusing dan cemas menurun, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik. Gangguan mobilitas fisik yang dilakukan selama 5 hari masalah teratasi sebagian dengan adanya peningkatan kekuatan otot yang semula 1/5/1/5 menjadi 3/5/3/5. Gangguan komunikasi verbal yang dilakukan selama 5 hari masalah teratasi sebagian dengan ditandai bicara pelo menurun, respon verbal membaik, dan kontak mata adekuat.

## 5.2 Saran

1. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui pelayanan yang optimal, penerapan komunikasi terapeutik, serta pengawasan yang lebih intensif, khususnya pada pasien dengan *Cerebro Vascular Accident* (CVA) infark, guna mendukung proses pemulihan yang lebih efektif dan optimal.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan penelitian lanjutan mengenai asuhan keperawatan berbasis *Evidence* dalam mengurangi komplikasi dari *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, I., Septimar, Z. M., & Dewi, E. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stoke Non Pasien Gangguan Komunikasi Verbal Di Ruang Hcu Stroke Rs An-Nisa Tangerang. Ural Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 215–218.
- 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>
- Anggraini, F. D., & Nurlaily, A. P. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Intervensi Head Up 30 Derajat*. 27.
- Anggraini, F., Kusumawati, N., & Dewi, S. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Penerapan Terapi Vokal Aiueo Terhadap Kemampuan Berbicara Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Krisan Rsud Arifin Achmad Pekanbaru. Jurnal Ilmiah Komunikasi*, 1(2), 1–8.
- Ariyanti, S. P. D. (2024). *Karya Ilmiah Akhir Studi Kasus Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Cva Infark Di Rs Swasta Blitar*. Surabaya: Stikes Katolik St Vincentius A Paulo.
- Aulyra Familah, Arina Fathiyyah Arifin, Achmad Harun Muchsin, Mochammad Erwin Rachman, & Dahliah. (2024). *Characteristics of Ischemic Stroke and Hemorrhagic Stroke Patients. Fakumi Medical Journal: Journal of Medical Students*, 4(6), 456–463.
- Ayu, A., & Putri, N. (2023). *Gambaran Epidemiologi Stroke Di Jawa Timur Tahun 2019-2021 Andina Ayu Natasya Putri. Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 1030–1036.
- Darmawan, I., Wahyuni, E., & Anugrahwati, R. (2023). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Hermina Bekasi Akademi Keperawatan Hermina Manggala Husada*. 6(1), 25–33.
- Dewi, L., & Fitraneti, E. (2024). *Stroke Iskemik. Scientific Journal, Vol. III N*, 379–388. <http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/22>
- Ekaputri, M., Susanto, G., Paryono, Kusumaningtiyas, D. P. H., Aisyah, Farisi, M. F. Al, Naryati, Nur, S., & Kosim, M. Y. (2024). *Proses Keperawatan : Konsep, Implementasi, dan Evaluasi*. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Fadli Syamsuddin, & Riyana Nur Ridwan Adam. (2023). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Pemberian Latihan Pemasangan Puzzle Jigsaw Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstermitas Atas Rsud Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(2), 109–118. <https://doi.org/10.55606/jrik.v3i2.1844>
- Fatihah, A. Z. (2023). *The Description Neurotherapy in Ischemic Stroke Patients. Surya*, 15(2), 64–71. <https://doi.org/10.38040/js.v15i2.863>

- Fitri, F. E. (2024). *Asuhan keperawatan pasien stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik fokus intervensi range of motion ( ROM )*. 2(1), 16–19.
- Haryani, K., Suwandi, E. W., & Rahmawati, A. M. (2025). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Infark*. 219–231.
- Latifah, N., Kurniawati, R., & Wulandari, T. S. (2025). *Terapi Bicara “Aiueo” Untuk Meningkatkan Kemampuan Komunikasi Verbal Pasca Stroke Non Hemoragik*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Dan Kesehatan Alkautsar ( JIKKA )*, 2963–9042.
- Listiani, D., Ismoyowati, T. W., & Herliana, Y. (2024). *Case Report: Teknik Mendelsohn Maneuver Terhadap Kemampuan Menelan Pasien Stroke Infark Dengan Diagnosa Keperawatan Gangguan Menelan Di Ruang Intensive Care Unit*. 374–380.
- Lucas, A. O., & Willis, A. J. P. (2024). *Efektivitas Rom (Range of Motion) Aktif Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Iskemik*. *British Medical Journal*, 6(5474), 1333–1336.
- Luku, M. A., Sudarman, Safrudin, & Syahrir. (2025). *Pengaruh Pemantauan Tekanan Intrakranial Terhadap Peningkatan Perfusi Serebral Pada Pasien Non Hemoragic Stroke Di Ruang Igd Rsud Labuang Baji Makassar*. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6, 15794–15802.
- Manefo, S. R., Budiati, E., & Maritasari, D. Y. (2021). *Karakteristik Pasien Berdasarkan Indikasi Pembedahan Penderita Stroke Hemoragik*. *Jurnal Ilmiah Stikes Kendal*, 11, 2. <https://doi.org/10.32583/pskm.v11i2.1337>
- Maria, I. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus dan asuhan keperawatan stroke / Insana Maria*.
- Meidy, A. R., & Fitriyani. (2025). *Case Report: Stroke Non Haemoragik Et Causa Thrombus*. *MJMCR*, Vol. 01 No.
- Nabila Hayatinnisa, Kusumajaya, H., & Maryana. (2025). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Meningkatnya Kejadian Infark Serebral Di Rsud Depati Bahrin Tahun 2024*. *Ilmu Kesehatan*, 15, 25–31. <https://doi.org/10.5455/mnj.v1i2.644xa>
- Nurdianti, R., & Zaini, M. (2024). *Implementasi Range Of Motion (Rom) Pasif Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Cva Infark Di Rsud Dr. H. Koesnadi Bondowoso*. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(5), 1–6. <https://doi.org/10.5455/mnj.v1i2.644xa>
- Nursalam. (2022). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*. (Edisi 3).
- Nuryanti, A. (2020). *Uji Coba Instrumen Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah Berbasis Pola Fungsional Kesehatan Gordon*. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 1–10. <https://doi.org/10.47560/kep.v9i2.243>
- Oktavia, D. A., & Prihatiningsih, D. (2025). *Laporan Kasus Pada Pasien Stroke Infrak Dengan Masalah Perfusi Serebral Tidak Efektif*. 1, 73–77.
- PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan*

- Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Rahma, R. S. (2024). *Intervensi Gizi Pasien Stroke Iskemik Trombotik Dengan Diabetes Mellitus Ii : Laporan Kasus*. 5(September), 8062–8070.
- Ristonilassius, Murtiningsih, & Inayah, I. (2022). *Hubungan Tekanan Darah Dengan Kejadian Stroke Di Unit Gawat Darurat*. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 9(1), 47–54.
- Saidi, & Andrianti. (2021). *Perbedaan Teknik Relaksasi nafas Dalam Dan Teknik Slow Stroke Back Massage Terhadap Skala Nyeri Pada Penderita Low Back Pain di Puskesmas Jaya Loka*. *Nursing Journal*, 1, 32–43.
- Saifullah, Yustika, Ky., Erwin, R., Mochammad, Ramlian, Limoa, L. T., & Hamado, N. (2024). *Hubungan Hipertensi dengan Kejadian Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik*. *Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 04(10).
- Salsabila, I. et al. (2025). *Desain Penelitian Studi Kasus (Pengalaman Empirik)*. *Jurnal Arjuna*, 3, 245–254.
- Samosir, E. (2020). *Konsep pengkajian sebagai elemen kunci asuhan keperawatan berkualitas*. *Jurnal Kesehatan*, 2(1), 1–11. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/c4u5f>
- Sherina, N., Ramdan, D., & Hidayat, N. (2022). *Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar*. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), 175–197. <https://journal.inspira.or.id/index.php/kolaborasi/article/view/55>
- Spradley, P., & Huberman, M. (2024). *Kajian Teoritis tentang Teknik Analisis Data dalam Penelitian Kualitatif*. *Journal of Management, Accounting and Administration*, 1(2), 77–84.
- Virgin, E., Puspita, C., & Kristiyawati, P. (2025). *Pemberian Terapi Akupresur terhadap Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Iskemik dengan Hemiparesis Sinistra di RS Mardi Rahayu Kudus*. 180–193.
- Widyawati, I., Badriyah, W. D. N., & Fikriana, R. (2020). *Literature Jurnal Efektivitas Terapi Range of Motion (Rom) Pada Klien Cva*. *Jurnal Citra Keperawatan*, 8(2), 93–100. <https://doi.org/10.31964/jck.v8i2.145>
- Winarno, Li. H. (2024). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Kperawatan Ny.S Dengan Diagnosis Medis Cerebrovascular Accident (Cva) Infark Di Ruang Rawat Inap Melati Rs Bhayangkara Tulungagung*. 4(02), 7823–7830.



## Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian

**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kristika Fitri Endri Ani

NIM : 256410022

Program Studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto”.

Berikut penjelasan terkait keikutsertaan pasien CVA Infark sebagai responden:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA Infark di ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto
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, 21 September 2025

Peneliti



Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN.....**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS .....**

**DI RUANG .....**

**DEPARTEMEN**

**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**



**Disusun Oleh:**

.....

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN**

**INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN**

**INSAN CENDEKIA MEDIKA**

**JOMBANG**

**2024/2025**



**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 : .....
    - f. Pekerjaan : .....

- g. Alamat : .....
- h. Hub. Dengan PX : .....

G. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

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

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

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

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

H. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- a. Merokok : Jumlah : ..... Jenis: .....Ketergantungan:.....
- b. Alkohol : Jumlah : ..... Jenis: .....Ketergantungan: .....
- c. Obat-obatan : Jumlah : .....
- Jenis: .....Ketergantungan: .....



- 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) Kepala

- a. Warna rambut : .....
- b. Kuantitas rambut : .....
- c. Tekstur rambut : .....
- d. Kulit kepala : .....
- e. Bentuk kepala : .....
- f. Data lain : .....

2) Mata

- a. Konjungtiva : .....
- b. Sclera : .....
- c. Reflek pupil : .....
- d. Bola mata : .....

- e. Data lain : .....
- 3) Telinga
  - a. Bentuk telinga : .....
  - b. Kesimetrisan : .....
  - c. Pengeluaran cairan : .....
  - d. Data lain : .....
- 4) Hidung dan Sinus
  - a. Bentuk hidung : .....
  - b. Warna : .....
  - c. Data lain : .....
- 5) Mulut dan tenggorokan
  - Bibir : .....
  - Mukosa : .....
  - Gigi : .....
  - Lidah : .....
  - Palatum : .....
  - Faring : .....
  - Data lain : .....
- 6) Leher
  - Bentuk : .....
  - Warna : .....
  - Posisi trakea : .....
  - Pembesaran tiroid : .....
  - JVP : .....
  - Data lain : .....
- 7) Thorax
  - Paru-Paru
    - a. Bentuk dada: .....
    - b. Frekuensi nafas : .....
    - c. Kedalaman nafas : .....



- d. Jenis pernafasan : .....
- e. Pola nafas : .....
- f. Retraksi dada : .....
- g. Irama nafas : .....
- h. Ekspansi paru : .....
- i. Vocal fremitus : .....
- j. Nyeri : .....
- k. Batas paru : .....
- l. Suara nafas : .....
- m. Suara tambahan : .....
- n. Data lain : .....
- Jantung
    - a. Ictus cordis : .....
    - b. Nyeri : .....
    - c. Batas jantung : .....
    - d. Bunyi jantung : .....
    - e. Suara tambahan : .....
    - f. Data lain : .....
- 8) Abdomen
- a. Bentuk perut: .....
  - b. Warna kulit : .....
  - c. Lingkar perut .....
  - d. Bising usus : .....
  - e. Massa : .....
  - f. Acites : .....
  - g. Nyeri : .....
  - h. Data lain : .....
- 9) Genetalia :
- a. Kondisi meatus : .....
  - b. Kelainan skrotum : .....
  - c. Odem vulva : .....
  - d. Kelainan : .....

e. Data lain : .....

10) Ekstremitas

a. Kekuatan otot: .....

b. Turgor : .....

c. Odem : .....

d. Nyeri : .....

e. Warna kulit : .....

f. Akral : .....

g. Sianosis : .....

h. Parese : .....

i. Alat bantu : .....

j. Data lain : .....

e. Pemeriksaan Penunjang

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

f. Terapi Medik

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



**II. ANALISA DATA**

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
 <p>The logo of Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Jombang is a blue shield-shaped emblem with a yellow border. It features a central white brain held by a white hand, with a yellow crescent moon and a yellow sun-like symbol above it. The text 'INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN' is written in white along the top arc, and 'INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG' is written along the bottom arc, separated by two yellow stars.</p>			

**III. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)**

1. ....  
.....  
.....
2. ....  
.....  
.....
3. ....  
.....  
.....
4. ....  
.....  
.....
5. ....  
.....  
.....



**IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

NO.	SDKI	SLKI	SIKI
 The logo of Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Jember is a blue shield-shaped emblem with a yellow border. It features a central white brain held by a white hand, with a yellow crescent moon and a yellow star above it. The text "INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN" is written in white along the top curve, and "INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG" is written along the bottom curve, separated by two yellow stars.			

**V. IMPLEMENTASI**

<b>NO. DX</b>	<b>HARI/ TGL</b>	<b>JAM</b>	<b>TINDAKAN KEPERAWATAN</b>	<b>PARAF</b>
				

**VI. EVALUASI**

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
					

## Lampiran 5 Pengecekan Judul di Perpustakaan



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

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

**SURAT PERNYATAAN**  
**Pengecekan Judul**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Kristika Fitri Endri Ani  
 NIM : 256410022  
 Prodi : Profesi Ners  
 Tempat/Tanggal Lahir: Bojonegoro, 03 Juli 2004  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Alamat : Ds. Hargomulyo, Kec. Kedewan, Kab. Bojonegoro  
 No.Tlp/HP : 085714132066  
 Email : kristikafitriendriani@gmail.com  
 Judul Penelitian : **“Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA) Infark ( Di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)”**

Menyatakan bahwa judul Karya Ilmiah Akhir (KIA) diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut **layak** untuk di ajukan sebagai judul Karya Ilmiah Akhir (KIA). Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul Karya Ilmiah Akhir (KIA).

Jombang, 06 Januari 2026

Mengetahui,  
 Kepala Perpustakaan

**Dwi Nuriana, M.IP**  
 NIK.01.08.112

## Lampiran 6 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 1

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama Mahasiswa : Kristika Fitri Endri Ani  
 NIM : 256410022  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA)  
 Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto  
 Nama Pembimbing : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No.	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1.	19/09 2025	Konsul Judul KIA	
2.	22/09 2025	Bimbingan BAB 1	
3.	23/09 2025	Bimbingan Revisi BAB 1	
4.	25/09 2025	Bimbingan BAB 1 dan BAB 2	
5.	26/09 2025	Bimbingan Revisi BAB 1 dan 2	
6.	14/10 2025	Bimbingan BAB 1, 2, dan 3	
7.	26/10 2025	Bimbingan Revisi BAB 1 dan 3	
8.	05/11 2025	Bimbingan BAB 3	
9.	06/11 2025	Acc sidang proposal	
10.	09/01 2026	Bimbingan BAB 4	
11.	12/01 2026	Bimbingan revisi BAB 4	
12.	14/01 2026	Bimbingan revisi BAB 4 dan BAB 5	
13.	15/01 2026	Bimbingan revisi BAB 4	
14.	19/01 2026	Bimbingan Abstrak	
15.	20/01 2026	Bimbingan revisi Abstrak	
16.	21/01 2026	Acc Seminar Hasil	

## Lampiran 7 Lembar Bimbingan KIA Pembimbing 2

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Kristika Fitri Endri Ani  
 NIM : 256410022  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Cerebro Vascular Accident* (CVA)  
 Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto  
 Nama Pembimbing : Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No.	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda tangan
1.	19/09 2025	Konsul Judul KIA	
2.	22/09 2025	Bimbingan BAB 1	
3.	23/09 2025	Bimbingan Revisi BAB 1	
4.	25/09 2025	Bimbingan BAB 1 dan 2	
5.	26/09 2025	Bimbingan Revisi BAB 2	
6.	19/10 2025	Bimbingan BAB 2 dan BAB 3	
7.	20/10 2025	Bimbingan Revisi BAB 3	
8.	05/11 2025	ACC Sidang Proposal	
9.	09/01 2026	Bimbingan BAB 4	
10.	12/01 2026	Bimbingan revisi BAB 4	
11.	14/01 2026	Bimbingan revisi BAB 4	
12.	15/01 2026	Bimbingan revisi BAB 4 dan BAB 5	
13.	16/01 2026	Bimbingan revisi BAB 5	
14.	19/01 2026	Bimbingan Abstrak	
15.	20/01 2026	Bimbingan Revisi Abstrak	
16.	21/01 2026	ACC Seminar Hasil	

## Lampiran 8 Surat Izin Penelitian



SERASA DI TENGAH KELUARGA

Jl. R.A.Basuni No. 12 Mojokerto 61361  
Telp. Hunting (0321) 321922, 329669, 326991  
Fax. (0321) 324158

Nomor : 2356 /RSIS - NU/Dir/IX/2025  
Lampiran : 1 (satu) lembar  
Hal : **Pemberitahuan**

Mojokerto, 19 September 2025

Kepada Yth ,  
Dekan Fakultas Kesehatan  
ITS Kesehatan ICMe Jombang  
Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo  
Di –

**JOMBANG***Assalamu'alaikum War. Wab*

Salam silaturahmi kami sampaikan dan semoga Allah SWT senantiasa memberkahi setiap langkah kita.

Sehubungan dengan surat dari ITS Kesehatan ICMe Jombang perihal Studi Pendahuluan, Uji Etik dan Ijin Penelitian di Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto maka dengan ini kami beritahukan dengan hormat bahwa Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto **memberikan izin** kepada Mahasiswa Bapak / Ibu untuk melaksanakan Observasi di Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto, sesuai dengan program di maksud atas nama sebagaimana terlampir.

Demikian harap maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum War. Wab.*

Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto

Direktur  


**dr. AHMAD LATHIFI, M. Kes**  
NIP : 01.330





SERASA DI TENGAH KELUARGA

Jl. R.A.Basuni No. 12 Mojokerto 61361  
Telp. Hunting (0321) 321922, 329669, 326991  
Fax. (0321) 324158

Lampiran : 2356 /RSIS - NU/Dir/IX/2025

No.	Nama	NIM	Judul
1.	Ratna Mega Puspita	256410033	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pneumonia (Di Ruang Sunan Gunung Jati RSI Sakinah Mojokerto)
2.	Cindy Nur Fatikha	256410008	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan <i>Gastroenteritis Akut (GEA)</i> (Di Ruang Hasyim Asy'ari RSI Sakinah Mojokerto)
3.	Alfina Damayanti	256410001	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) (Di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)
4.	Citra Kusuma Nindya Putri	256410009	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan <i>Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)</i> (Di Ruang Hasyim Asy'ari RSI Sakinah Mojokerto)
5.	Kristika Fitri Endri Ani	256410022	Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Infark (Di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)

## Lampiran 9 Hasil Uji Etik



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**

**Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang**  
*Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang*

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

**“ETHICAL APPROVAL”**  
**No. 470/KEPK/TTSKES-ICME/XII/2025**

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cerebro Vasculer Accident (CVA) Infark (Di Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto)**

Peneliti Utama : **Kristika Fitri Endri Ani, S.Kep**  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : **ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang**  
*Name of the Institution*

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : **RSI Sakinah Mojokerto**  
*Setting of Research*

**Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.**  
**And approved the above - mentioned protocol.**



Jombang, 23 Desember 2025  
Ketua,



Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes  
NIK. 05.10.371

## Lampiran 10 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 : 129/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 : Kristika Fitri Endri Ani  
 NPM : 256410022  
 Program Studi : Profesi Ners  
 Fakultas : Kesehatan  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Cerebro Vascular  
 Accident (CVA) Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah  
 Mojokerto

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar **19%**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 06 Maret 2026

Wakil Rektor I



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

Lampiran 11 Hasil Turnit *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: 4. 유사도 검사 시 DB 미 저장 (No Repository)  
Submission title: KRISTIKA FITRI ENDRI ANI.docx  
File name: KRISTIKA\_FITRI\_ENDRI\_ANI.docx  
File size: 470.43K  
Page count: 90  
Word count: 16,822  
Character count: 120,109  
Submission date: 04-Mar-2026 01:48PM (UTC+0900)  
Submission ID: 2887066847



## Lampiran 12 Hasil Persentase Turnit

KRISTIKA FITRI ENDRI ANI.docx

---

ORIGINALITY REPORT

---

<b>19%</b>	<b>18%</b>	<b>6%</b>	<b>7%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

---

PRIMARY SOURCES

---

<b>1</b>	<b>repository.poltekkes-tjk.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>eprints.kertacendekia.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repository.stikeshangtuh-sby.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repository.poltekkeskupang.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repository.itskesicme.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>repository.stikstellamarismks.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repository.universitalirsyad.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositori.ubs-ppni.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>repositori.uin-alauddin.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>10</b>	<b>repository.poltekkes-denpasar.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>11</b>	<b>repository.poltekkesbengkulu.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>12</b>	<b>repo.stikmuhptk.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>

13	<a href="http://repositori.stikvinc.ac.id">repositori.stikvinc.ac.id</a> Internet Source	<1 %
14	<a href="http://repositori.ubs-ppni.ac.id:8080">repositori.ubs-ppni.ac.id:8080</a> Internet Source	<1 %
15	<a href="http://eprints.unisa-bandung.ac.id">eprints.unisa-bandung.ac.id</a> Internet Source	<1 %
16	<a href="http://repository.unhas.ac.id">repository.unhas.ac.id</a> Internet Source	<1 %
17	Fadli Syamsuddin, Riyana Nur Ridwan Adam. "Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Pemberian Latihan Pemasangan Puzzle Jigsaw Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstermitas Atas RSUD PROF. DR. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo", MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 2023 Publication	<1 %
18	<a href="http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id">repository.poltekkes-kaltim.ac.id</a> Internet Source	<1 %
19	<a href="http://samoke2012.wordpress.com">samoke2012.wordpress.com</a> Internet Source	<1 %
20	<a href="http://repository.lp4mstikeskhg.org">repository.lp4mstikeskhg.org</a> Internet Source	<1 %
21	<a href="http://eprints.ukh.ac.id">eprints.ukh.ac.id</a> Internet Source	<1 %
22	<a href="http://repository.bku.ac.id">repository.bku.ac.id</a> Internet Source	<1 %
23	<a href="http://eprints.poltekkesjogja.ac.id">eprints.poltekkesjogja.ac.id</a> Internet Source	<1 %
24	<a href="http://journal.arikesi.or.id">journal.arikesi.or.id</a> Internet Source	<1 %

25	<a href="https://repository.unimugo.ac.id">repository.unimugo.ac.id</a> Internet Source	<1 %
26	<a href="https://file.umj.ac.id">file.umj.ac.id</a> Internet Source	<1 %
27	<a href="https://pdfcoffee.com">pdfcoffee.com</a> Internet Source	<1 %
28	<a href="https://repo.stikesicme-jbg.ac.id">repo.stikesicme-jbg.ac.id</a> Internet Source	<1 %
29	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
30	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
31	Ifon Driposwana Putra, Donny Hendra Donny Hendra, Afrida Sriyani Harahap, Ulfa Hasana, Devi Aurelia. "OPTIMALISASI MANAJEMEN KEPERAWATAN PADA STROKE NON-HEMORAGIK : STUDI KASUS DI RSUD ARIFIN ACHMAD, RIAU", JURNAL KEPERAWATAN SUAKA INSAN (JKSI), 2024 Publication	<1 %
32	<a href="https://repository.stikesrshusada.ac.id">repository.stikesrshusada.ac.id</a> Internet Source	<1 %
33	<a href="https://repository.unissula.ac.id">repository.unissula.ac.id</a> Internet Source	<1 %
34	<a href="https://text-id.123dok.com">text-id.123dok.com</a> Internet Source	<1 %
35	<a href="https://repo.stikesperintis.ac.id">repo.stikesperintis.ac.id</a> Internet Source	<1 %
36	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Internet Source	<1 %

37	Submitted to Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura Student Paper	<1%
38	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1%
39	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1%
40	<a href="https://dspace.umkt.ac.id">dspace.umkt.ac.id</a> Internet Source	<1%
41	Submitted to Poltekkes Kemenkes Sorong Student Paper	<1%
42	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1%
43	Fory Fortuna, Hafidz Aryan Abdillah. "Aplikasi Erich Archbars sebagai Intermaxillary Fixation (IMF) pada Fraktur Kompleks Zigomatikomaksilaris: Laporan Kasus", Scientific Journal, 2023 Publication	<1%
44	Lidya Dewi, Elvi Fitraneti. "Stroke Iskemik", Scientific Journal, 2024 Publication	<1%
45	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1%
46	<a href="https://repository.unjaya.ac.id">repository.unjaya.ac.id</a> Internet Source	<1%
47	<a href="https://repository.stikesrspadgs.ac.id">repository.stikesrspadgs.ac.id</a> Internet Source	<1%
48	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1%

## Lampiran 13 Surat Pernyataan Kesiediaan Unggah Karya Ilmiah Akhir

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAH KARYA ILMIAH AKHIR**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Kristika Fitri Endri Ani  
NIM : 256410022  
Prodi : Profesi Ners

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty Free Right*) atas “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Cerebro Vascular Accident (CVA)* Infark di Ruang Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto”.

Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KTI/Skripsi/Media/Format, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat Karya Ilmiah Akhir, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan memiliki Hak Cipta.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jombang, 06 Maret 2026  
Yang Menyatakan Peneliti



(Kristika Fitri Endri Ani)  
256410022