

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN PASCA
STROKE DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI
SAMARINDA



Oleh :

INTAN WULANDARI

NIM : P07220120023

POLITEHNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN PASCA
STROKE DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI
SAMARINDA

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (A. Md.Kep)

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

INTAN WULANDARI

NIM : P07220120023

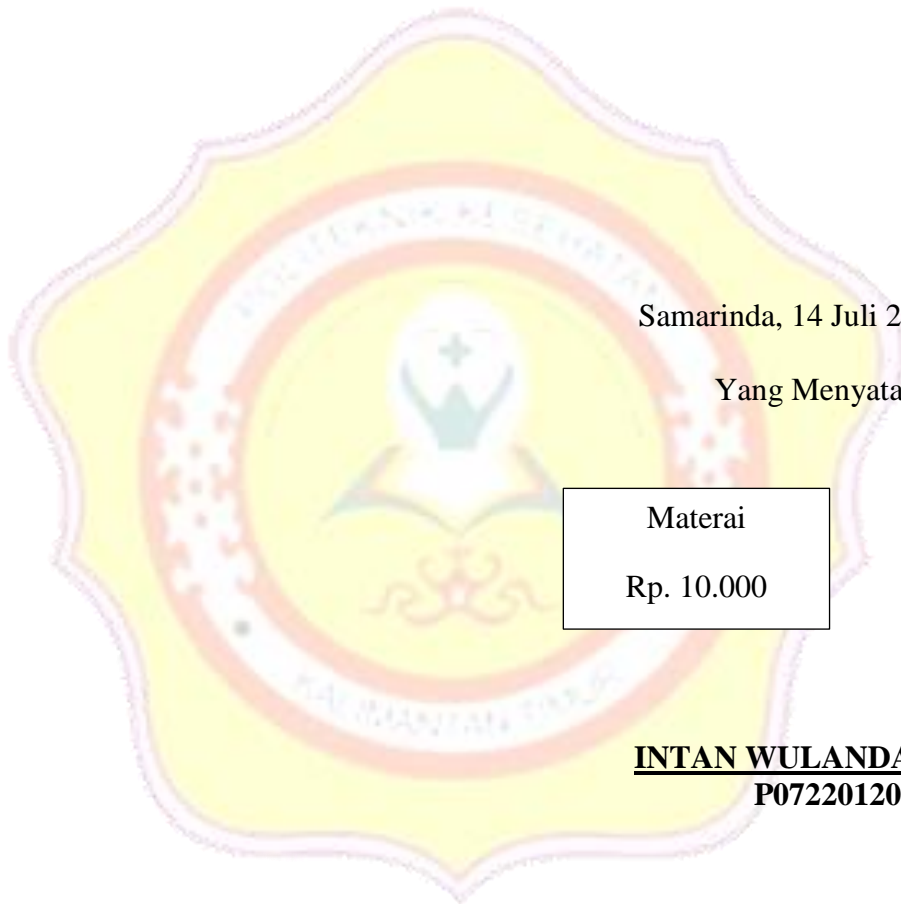
POLITEHNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPEAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.



Samarinda, 14 Juli 2023

Yang Menyatakan

Materai

Rp. 10.000

INTAN WULANDARI
P07220120023

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 12 JULI 2023

Oleh

Pembimbing



Ns.Tini, S.Kep., M.Kep
NIP.2198107012006042002

Pembimbing Pendamping



Edi Purwanto, SST., M.Kes
NIDN.4020047801

Mengetahui,
Ketua Program Studi D – III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim



Ns.Tini, S.Kep., M.Kep
NIP.2198107012006042002


Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Pasca Stroke
Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda

Telah Diuji
Pada tanggal 14 Juli 2023

Ketua Penguji:

Ns. Andi Parellangi, S.Kep., M.Kep., MH
NIDN. 4015127503


(.....)



Penguji Anggota:

1. **Ns. Tini, S.Kep., M.Kep**
NIP.2198107012006042002

(.....)



2. **Ns. Edi Purwanto., SST., M.Kes**
NIDN. 4020047801


(.....)



Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


Ns. Wivadi, M.Sc
NIP.196803151991021002


Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP.2198107012006042002

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Intan Wulandari
Tempat / Tanggal Lahir : Temanggung, 05 April 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Kasungai Rt 13 Desa Batu Kajang
Kecamatan Batu Sopang Kabupaten
Paser Kalimantan Timur

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2007 – 2008 : TK Karya Taka Batu Kajang
2. Tahun 2008 – 2014 : SDN 001 Batu Kajang
3. Tahun 2014 – 2017 : SMPN 1 Batu Kajang
4. Tahun 2017 – 2020 : SMAN 1 Batu Kajang
5. 2021 – Sekarang : Mahasiswa D-III Keperawatan
Samarinda

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hindayah, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Pasca Stroke Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda” dapat terselsaikan dengan sebaik-baiknya.

Penulis menyadari bahwa dalam peyusun Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dalam penulisan banyak sekali pihak yang telah membantu penulis baik dalam memberi motivasi, bimbingan materi, bimbingan materi, dan lain sebagainya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulisan menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur..
2. Ns. Wiyadi. M.Sc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Wiyadi M.Sc selaku Pemimbing Akademik yang telah membimbing saya selama di Poltekkes Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktunya untuk memberikan bimbingan, dukungan dan semangat dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Edi Purwanto, SST.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, dukungan, semangat dan memperlancar dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Para Dosen dan Seluruh Staf Tenaga Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Kepada kedua orang tua saya dengan Bapak Imam Muhti dan Ibu Nurmayati atas segala doa dan kepercayaannya terhadap saya sehingga dapat menyelesaikan laporan ini .
9. Kepada Dicky Adi Surya Darmawan yang sudah percaya dan membantu saya pada penyusunan laporan ini dengan kehadiran, saran dan kritiknya.
10. Teman-teman saya khususnya Ira Aprillia Syarif, Suci Safitri Abdullah, Riska Oktaviani, Gitta Framesti, Hutami Putri Pase, Sischa Febrianti, Zaeni Putri, Khumairah dan Firda Dwi Lestari serta mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan D-III Keperawatan angkatan 2020 yang telah memberikan dukungan serta saran masukan, dan juga kritik untuk laporan ini.

Samarinda, 14 April 2023

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN PASCA STROKE DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI SAMARINDA”

Intan¹⁾, Tini²⁾, Edi³⁾

¹⁾Mahasiswa program studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim
²⁾³⁾Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Prevalensi penderita Stroke mengalami peningkatan dari tahun 2013 meningkat dari 14,2% menjadi 32,5% pada kelompok umur 55-64 tahun. Dengan tujuan memberikan gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif pada lansia dengan Pasca Stroke.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil dua kasus pada lansia dengan Pasca Stroke di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda di Wisma Melati dan Teratai dengan metode wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang. Instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan bahwa diagnosa keperawatan yang didapatkan gangguan mobilitas fisik, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan, dan risiko jatuh.

Kesimpulan dan Saran : Terdapat pada klien 1 yaitu 1 masalah teratasi dan 3 masalah teratasi sebagian, dan pada klien 2 yaitu 2 masalah teratasi dan 2 masalah teratasi sebagian. Saran bagi Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda diharapkan adanya perhatian khusus seperti penyediaan pegangan pada sekitar dinding agar mempermudah klien dan mencegah klien dari jatuh, selain itu memberikan update informasi mengenai kesehatan yang dapat bermanfaat bagi lansia.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Pasca Stroke, Pada Lansia

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam	I
Halaman Pernyataan.....	li
Halaman Persetujuan.....	Iii
Halaman Pengesahan	Iv
Kata Pengantar	V
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	ix
Daftar Pustaka	xii
Lampiran	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Bab I.....	1
Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.4.1 Bagi Penelitian	5
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	5
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	5
Bab 2	6
Tinjauan Pustaka	6
2.1 Konsep Dasar Lansia	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Batasan Lansia.....	6

2.1.3	Klasifikasi Lansia	7
2.1.4	Perubahan Fisiologis Pada Lansia	7
2.1.5	Perubahan Fisik	8
2.2	Konsep Medis Stroke.....	11
2.2.1	Definisi	11
2.2.2	Klasifikasi Stroke	12
2.2.3	Etiologi	12
2.2.4	Patofisiologi.....	13
2.2.5	Pathway	15
2.2.6	Manifestasi Klinis.....	15
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.3.1	Pengkajian.....	18
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	24
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	24
2.3.4	Implementasi Keperawatan.....	36
2.3.5	Evaluasi Keperawatan.....	37
Bab Iii	.....	39
Metode Penelitian	.....	39
3.1	Pendekatan/Desain Penelitian	39
3.2	Subyek Penelitian.....	39
3.3	Batasan Istilah.....	39
3.4	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	40
3.5	Prosedur Penelitian.....	40
3.6	Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data.....	41
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	41
	Teknik Pengumpulan Data Yang Digunakan Dalam Studi Kasus Adalah Antara Lain :.....	41
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data	42
3.6	Keabsahan Data.....	42
3.7	Analisa Data.....	42
Bab Iv	.....	44
Hasil Dan Pembahasan	.....	44
Bab V	.....	104

Kesimpulan Dan Saran..... 104
Daftar Pustaka 107
Pelaksanaan Kegiatan..... **Error! Bookmark not defined.**
Lampiran **Error! Bookmark not defined.**



DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel

Tabel 2.1 rencana asuhan keperawatan pada pasca stroke.....	27
Tabel 3.1 kunjungan, lokasi dan waktu penelitian.....	42
Tabel 3.2 tehnik pengumpulan data.....	44
Tabel 4.1 hasil anamnesa biodata klien pasca stroke.....	47
Tabel 4.2 pemeriksaan fisik.....	51
Tabel 4.3 penelitian skala jatuh morse.....	57
Tabel 4.4 Parameter Status Nutrisi Klien.....	58
Tabel 4.5 Pengkajian Barthel Indeks.....	59
Tabel 4.6 Pengkajian Status Mental Gerontik (SPMSQ)	60
Tabel 4.7 Analisa Data.....	61
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan	66
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan.....	79
Table 4.10 Evaluasi Tindakan Keperawatan.....	89

DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 Pathway Stroke.....	18
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Leaflet ROM

Lampiran 2 Lembar Leaflet Diabetes

Lampiran 3 Lembar Verifikasi Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 4 Surat Pernyataan Kesiediaan Membimbing Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian/Askep Studi Kasus

Lampiran 6 Nota Dinas Mengikuti Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 7 Lembar Konsultasi Penyusunan Karya Tulis Ilmiah

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan, mendefinisikan lansia sebagai seorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Dengan penambahan usia di temukannya proses penuaan pada lansia. Penuaan adalah proses alami seseorang melewati tiga fase dalam hidupnya, yaitu masa kanak-kanak, dewasa, dan tua. Proses tersebut menimbulkan beberapa masalah antar lain masalah fisik, mental, sosial, ekonomi, psikologi (Mustika 2019).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa data antara tahun 2015 - 2050 penduduk usia 60 tahun ke atas diperkirakan meningkat dari 12% menjadi 22% di dunia. Data Badan Pusat Statistik (BPS) menjabarkan jumlah penduduk lansia di Indonesia meningkat dari 18 juta jiwa (7,6%) di tahun 2010 bertambah menjadi 27 juta jiwa (10%) di tahun 2020, dan di perkirakan akan meningkat sebanyak 40 juta jiwa (13,8%) di tahun 2030 (Kemenkes, 2022). Terdapat 132,49 ribu jiwa (93,48%) penduduk di provinsi Kalimantan Timur yang merupakan kelompok usia sudah tidak produktif 60 tahun ke atas (Dukcakupil, 2021)

Risikesdas tahun 2018 memperhitungkan, persentase prevalensi peningkatan jumlah penderita Stroke di Indonesia berbanding lurus dengan bertambahnya usia penduduk. Peningkatan prevalensi signifikan penderita Stroke di temukan pada kelompok usia 55-64 tahun, dengan

peningkatan dari 14,2% menjadi 32,5%. Sedangkan persentase prevalensi penyakit tidak menular pada lansia berusia 60 tahun ke atas dengan penyakit Stroke sebanyak 4,4%, terbanyak ke 6 dari 7 penyakit tidak menular lainnya. (Kemenkes RI,2022)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menjabarkan Stroke sebagai penyakit dengan gejala klinis yang diamati dalam bentuk gangguan neurologis fokal dan global, yang dapat parah dan bertahan lama dalam 24 jam. Stroke terjadi ketika pembuluh darah otak menjadi tersumbat atau sobek, sehingga terjadi bagian otak tidak mendapatkan aliran darah yang membawa oksigen yang dibutuhkan mengakibatkan kematian sel/jaringan (Pusdatin Kemenkes, 2019)

. Stroke diketahui mempengaruhi disfungsi anggota tubuh berupa gangguan fungsi motorik misal pada aktivitas kemampuan hidup sehari-hari (adl). Ada beberapa terapi untuk mengatasi gangguan fungsi motorik seperti: latihan rentang gerak, pemberian posisi. (Therisa dkk.: 2019). Menurut (Herda et al.,2022) menjabarkan kualitas hidup pada pasien pasca Stroke biasanya mengalami masalah dalam hal sosial seperti sulit bersosialisasi. Masalah psikologis juga di derita seperti gangguan fungsi kognitif, pelupa, cemas, kurang motivasi, dan frustrasi.

Faktor - faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke diantaranya; jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan jenis stroke. Pada faktor jenis kelamin nilai kualitas hidup buruk pada kelompok laki laki (52,9%) sedangkan kelompok perempuan (47,1%).

Pada faktor usia nilai kualitas hidup buruk pada kelompok usia lansia (67,7%) sedangkan usia dewasa (27,1%). Faktor tingkat pendidikan ditemukan nilai kualitas hidup yang buruk dengan persentase 97% pada kelompok tidak sekolah. Pada faktor jenis Stroke nilai kualitas hidup buruk adalah responden yang berjenis *Stroke non hemoragik* yaitu sebesar (52,6%) dan *Stroke hemoregik* (40,9%) (Herda et al.,2022).

Perawatan lansia dengan pasca Stroke yang disertai dengan perburukan kualitas hidup dari faktor yang dapat mempengaruhinya dapat di maksimalkan dengan dukungan sosial keluarga. Namun tidak sedikit lansia yang menempati panti yang kurang mendapatkan dukungan tersebut. Data jumlah lansia UPTD PSTW Nirwana Puri berjumlah 103 orang dengan kapasitas hanya 110 orang. Perawatan di panti dapat dilaksanakan dengan upaya promotes, preventif, kuratif dan rehabilitative (Kholifah, 2016).

Dalam hal ini perawat merupakan faktor penting dalam perawatan pasien lansia dengan pasca stroke, terapi untuk pasien lansia pasca stroke yaitu sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, pendidikan, penyelenggara pelayanan medis, khususnya sebagai penyelenggara pelayanan tahap pemulihan. Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan mengenai apa saja yang dapat dialami pasien pasca stroke terutama pada pasien lansia penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Putri Samarinda pada tahun 2023

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pasca Stroke Wilayah Kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Utama Pasca Stroke.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penulisan ini adalah diperolehnya gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pasca Stroke Wilayah Kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda, meliputi:

1. Melakukan pengkajian pada lansia dengan pasca stroke di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
2. Merumuskan diagnosa pada lansia dengan pasca stroke di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada lansia dengan pasca stroke di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada lansia dengan pasca stroke di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda

5. Melakukan evaluasi keperawatan pada lansia dengan pasca stroke di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
6. Membuat Dokumentasi asuhan keperawatan lansia dengan pasca stroke di wilayah kerja Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penelitian

Manfaat yang penulis rasakan adalah dapat melakukan asuhan keperawatan lansia dengan kondisi pasca stroke dan meningkatkan keterampilannya dalam merawat lansia.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan pasca stroke dan meningkatkan kualitas pelayanan khususnya bagi lansia dengan pasca stroke.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi ilmu perkembangan di harapkan dapat memperbaharui gambaran dan pemahaman tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan pasca stroke.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi

Lansia merupakan suatu kondisi yang terjadi dalam kehidupan seseorang. Penuaan adalah proses seumur hidup yang dimulai tidak hanya pada waktu tertentu, tetapi pada awal kehidupan. Penuaan adalah proses alami, artinya seseorang melewati tiga fase dalam hidupnya, yaitu masa kanak-kanak, dewasa, dan tua. Proses tersebut menimbulkan beberapa masalah antar lain masalah fisik, mental, sosial, ekonomi, psikologi (Mustika 2019).

2.1.2 Batasan Lansia

Menurut World Health Organization (WHO) dalam (Afriansyah, 2019) batasan lansia meliputi :

1. Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun.
3. Lanjut usia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun.
4. Usia sangat tua (very old) diatas usia 90 tahun.

2.1.3 **Klasifikasi Lansia**

Menurut Depkes RI dalam (Ayu & Syaripuddin,2019)

lansia di bedakan menjadi 5 kelompok yaitu sebagai berikut:

1. Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

2.1.4 **Perubahan Fisiologis Pada Lansia**

Penuaan merupakan bagian yang tak terhindarkan dari siklus hidup individu, karena penuaan sering kali membawa serta berbagai perubahan seperti perubahan psikologis dan fisiologis. Perubahan sistem muskuloskeletal, sensorik dan neurologis merupakan bagian dari perubahan fungsi fisiologis. Perubahan postural, hilangnya kekuatan dan daya tahan otot, keterbatasan sendi dan hilangnya rentang gerak adalah beberapa perubahan muskuloskeletal yang diakibatkan oleh perubahan fungsi fisiologis (Ranti et al. 2021).

Perubahan pada sistem sensorik, neurologis, dan muskuloskeletal merupakan akar dari penurunan keseimbangan selama proses penuaan. Perubahan muskuloskeletal seperti keterbatasan sendi, kehilangan mobilitas, perubahan posisi dan hilangnya daya tahan dan kekuatan otot merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan. Mencapai keseimbangan yang optimal membutuhkan kontraksi otot yang cukup di sekitar persendian (Eva et al., 2020).

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan dalam diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Purba, 2021).

2.1.5 Perubahan Fisik

a. Sistem Indra

Sistem pendengaran : Presbikusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b. Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

c. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut

1. Jaringan penghubung (kolagen dan elastin).
2. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

d. Tulang

Berkurangnya kepadatan tulang setelah di observasi adalah bagian dari penuaan fisiologi akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

e. Otot

Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

f. Sendi

Pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fasia mengalami penurunan elastisitas.

g. Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

Perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi mencakup :

1) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin.

2) Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang

Perubahan pada sistem sensorik, neurologis, dan muskuloskeletal merupakan akar dari penurunan keseimbangan selama proses penuaan. Perubahan muskuloskeletal seperti keterbatasan sendi, kehilangan

mobilitas, perubahan posisi dan hilangnya daya tahan dan kekuatan otot merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan. Mencapai keseimbangan yang optimal membutuhkan kontraksi otot yang cukup di sekitar persendian (Eva et al., 2020).

2.2 Konsep Medis Stroke

2.2.1 Definisi

Stroke merupakan penyakit kardioserebrovaskular yang termasuk dalam kategori penyakit katastrofik dengan implikasi ekonomi dan sosial yang luas (Manefo, 2021). Stroke merupakan gangguan yang mempengaruhi neurologik secara mendadak serta berlangsung cepat dalam beberapa jam, diakibatkan karena berhentinya suplai darah ke bagian otak (Hardika, Yuwono, dan Zulkarnain 2020).

Stroke adalah penyumbatan aliran darah dan oksigen ke otak akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah di otak. . Penyumbatan ini dapat menyebabkan kekurangan darah dan oksigen, yang menyebabkan saraf yang terhubung ke organ tubuh sulit untuk bergerak, hingga kerusakan atau ketidakmampuan untuk bergerak (Maulana, 2014, Faridah, 2019).

2.2.2 Klasifikasi stroke

Stroke ini dibagi menjadi dua yaitu stroke iskemik atau Non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya bekuan darah yang disebabkan penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah menuju otak, atau karena embolus yang terlepas dari jantung ataupun arteri ekstrakranial yang menjadi penyebab sumbatan di satu atau beberapa arteri intrakranial yang ada di dalam tengkorak (Azizah&Wahyuningsih,2020).

2.2.3 Etiologi

Penyebab stroke menurut (Darmawan 2019):

1. Infark otak (80%)
 - a) Emboli kardiogenik, fibrilasi atrium dan aritmia yang lain, thrombus mural dan ventrikel kiri, penyakit katub mitral atau aorta, endokarditis (infeksi atau non infeksi).
 - b) Emboli paradoksal, aterotrombotik (penyakit pembuluh darah sedangbesar), penyakit ekstrakranial, arteri karotis interna, arteri vertebralis.
 - c) Penyakit intrakranial, arteri karotis interna, arteri serebri interna, arteri basilaris, lakuner (oklusi arteri perforans kecil).

2. Pendarahan intraserebral (15%) yaitu Hipertensi, malformasi arteri-vena, angipati amiloid.
3. Pendarahan subaraknoid (5%)
4. Penyebab lain (dapat menimbulkan infark/pendarahan)
Trobus sinus dura, diseksi arteri karotis/vertebralis, vaskulitis sistem saraf pusat, penyakit moyo-moya (oklusi arteri besar intra cranial yang progresif), migren, kondisi hiperkoagulasi, penyalahgunaan obat, dan kelainan hematologist (anemia sel sabit, polisistema, atau leukemia), serta miksoma atrium.

2.2.4 Patofisiologi

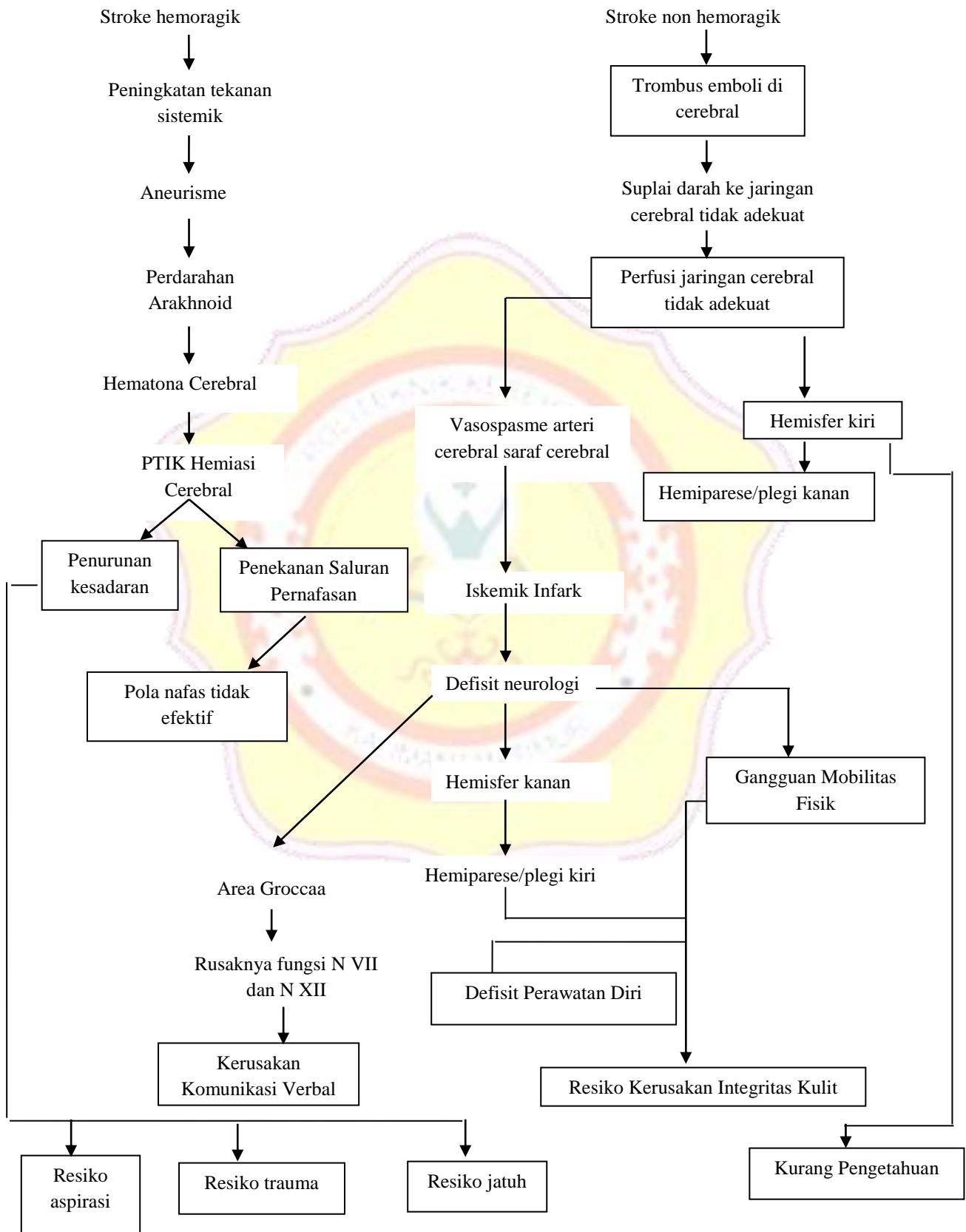
Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Hipoksia menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobic jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa, yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi 11 membran.

Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat, Kegagalan-kegagalan dalam metabolisme anaerob menyebabkan energi (ATP) yang

dihasilkan menurun. Penurunan jumlah ATP mengakibatkan kegagalan pompa Na-K ATPase, sehingga Na masuk ke dalam sel dan K keluar sel hal tersebutlah yang menjadi awal membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis. (Rudi Haryono, 2019) Otak diperfusi dengan jumlah yang cukup banyak dibanding organ lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral.

Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki oleh jaringan otak atau infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke arah yang disuplai. Iskemia dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Aliran darah dapat terganggu seperti stroke, hipotensi/henti jantung. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. (Maria, 2021)

2.2.5 Pathway



Gambar 2.1 pathway stroke (Mutaqqin, 2008)

Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala stroke akut (Abarca 2021) sebagai berikut;

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis yang timbul mendadak)
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemiparesik)
3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
4. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
5. Disartria (bicara pelo/cadel)
6. Gangguan penglihatan (hemianopia/monokuler, atau diplopia)
7. Ataksia (trunkal/anggota badan)
8. Vertigo
9. Mual dan muntah
10. Nyeri kepala

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menegakkan diagnosis stroke perlu dilakukan anamnesa (untuk mendapatkan gejala-gejala klinis) dan pemeriksaan neurologis untuk mendapatkan kelainan neurologis akibat stroke. (Maria, 2021)

- 1) Pemeriksaan CT-Scan kepala. Membedakan jenis patologis stroke (perdarahan atau iskemik atau infark) atau sebagai pemeriksaan baku emas. CT-Scan mutlak dilakukan bila akan dilakukan pengobatan trombolitik (rtPA intravenous).
- 2) Algoritma Stroke Gadjuh Mada (ASGM) meliputi 3 variabel yaitu : nyeri kepala saat serangan, penurunan kesadaran dan reflek Babinski (pada stroke perdarahan). Kalau tidak ada ketiga variable tersebut pada saat serangan.
- 3) Pemeriksaan MRI Dapat dilihat lesi kecil (yang tidak terlihat dengan pemeriksaan CT-Scan) di kortikal, subkortikal, batang otak dan serebelum. Juga dapat dilihat lesi teritori vaskuler dan iskemik akut lebih awal.
- 4) Pemeriksaan tekanan darah (pemeriksaan tekanan darah adalah wajib dilakukan setiap hari, karena hipertensi adalah factor risiko utama terjadi stroke), jantung (pemeriksaan kardiovaskuler klinis dan pemeriksaan 12-lead ECG harus dikerjakan pada semua penderita stroke, 48 jam sejak kejadian stroke), paru (pemeriksaan klinis paru dan foto rontgen toraks adalah pemeriksaan rutin yang harus dikerjakan), laboratorium darah untuk mengidentifikasi kelainan sistemik yang dapat menyebabkan terjadi stroke atau untuk melakukan

pengobatan spesifik pada stroke. Pemeriksaannya adalah kadar gula darah, elektrolit, haemoglobin, angka eritrosit, leukosit, fungsi ginjal, fungsi hepar, pemeriksaan Analisa gas darah dicurigai hipoksia dan lain-lain, pemeriksaan EEG (dilakukan bila terjadi kejang, kejang pada stroke kontraindikasi pemberian rtPA).

5) Vascular imaging : *doppler and duplexsonography of extracranial and intracranial arteries* (oklusi/ stenosis arteria) (untuk mengidentifikasi oklusi atau stenosis arteria, monitor efek pengobatan thrombolitik dan dapat menentukan prognosis), atau *CT angiography* (untuk memeriksa oklusi atau N9 stenosis arteria).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan teknik pengumpulan data selama proses keperawatan dalam memperoleh informasi yang menunjang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan (Sekunda & Tokan, 2020).

1. Identitas Klien : Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS (masuk rumah sakit), nomor register dan diagnosa medis.
2. Riwayat Keperawatan :
 - a. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan oleh klien , keluhan tersebut yang menyebabkan klien membutuhkan pertolongan tenaga kesehatan, hal yang sering terjadi pada pasien stroke sehingga di bawa ke rumah sakit yaitu ketika anggota badan susah untuk di gerakan, bicara pelo, dan penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan keadaan yang dirasakan oleh klien pada saat ini misalnya gangguan persepsi, kehilangan komunikasi, kesulitan dalam melakukan aktifitas, dan kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia)

c. Riwayat kesehatan dahulu

- 1) Riwayat hipertensi
- 2) Riwayat penyakit kardiovaskuler
- 3) Riwayat kolestrol tinggi
- 4) Obesitas

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga seperti hipertensi, diabetes militus dll.

3. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional :

a. Pola persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi terhadap kesehatan, upaya-upaya pencegahan yang telah dilakukan oleh pasien .

b. Pola Eliminasi

Pola fungsi ekskresi fees, urin dan kulit.

c. Pola Nutrisi

Masalah keseimbangan nutrisi pasien

d. Pola Istirahat Tidur

Pola tidur dan aktivitas pasien, masalah-masalah terkait dengan istirahat tidur.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien stroke sering kali mengalami gangguan pola aktivitas dan latihan, seperti tidak bisa bergerak bebas karena mengalami hemiparesis. Pasien stroke yang mengalami hemiparesis di bagian tangan dapat diberikan latihan genggam bola agar otot-otot di tangan yang mengalami kelemahan dapat meningkat kekuatan ototnya.

f. Pola Konsep Diri

Pasien memandang bahwa dirinya akan selalu menjadi beban dan merepotkan orang sekitarnya karena penyakit yang dialaminya.

g. Pola Kognitif Perseptual

Pasien stroke biasanya mengeluh penglihatan kabur, pasien juga mengeluh mati rasa pada bagian tubuh yang mengalami hemiparesis.

h. Pola Hubungan Peran

Peran dan hubungan pasien dengan orang di sekitar dengan masalahmasalah kesehatan yang dialami.

i. Pola Seksualitas

Dampak dari sakit terhadap seksualitas, riwayat penyakit yang berhubungan dengan seksualitas.

j. Pola Mekanisme Koping

Cara pasien dalam penyelesaian masalah dan mengatasi perubahan yang terjadi.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Nilai keyakinan dan pelaksanaan ibadah yang dilakukan pasien.

4. Pemeriksaan neurologis

a. Status mental

Tingkat kesadaran, pemeriksaan kemampuan berbicara, orientasi (tempat, waktu, orang), penilaian daya pertimbangan, penilaian daya obstruksi, penilaian kosakata, daya ingat, berhitung dan mengenal benda.

b. Nervus kranialis

Olfaktorius (penciuman), optikus (pengelihatatan), okulomotoris (gerak mata, kontraksi pupil, troklear (gerak mata), trigeminus (sensasi pada wajah, kulit kepala, gigi, mengunyah), abducen (gerak mata), fasialis (pengecapan), vestibulokoklearisis (pendengaran dan keseimbangan), aksesoris spinal (fonasi, gerak kepala, leher, bahu), hipolagus (gerak lidah).

c. Fungsi motorik

Masa otot, kekuatan dan tonus otot, fleksi dan ekstensi lengan , abduksi lengan dan adduksi lengan, fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, adduksi dan abduksi jari.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan tanda-tanda Vital :

1) Tekanan darah :

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau tekanan darah pasien, karena hipertensi merupakan salah satu faktor penyebab stroke.

2) Tekanan respirasi :

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau pola respirasi pasien karena pada pasien stroke sangat sensitif sekali terhadap oksigen.

b. Status Gizi : BB (Berat Badan) dan TB (Tinggi Badan)

c. Pemeriksaan Heat to toe

1) Kepala

b. Rambut : kebersihan dan warna rambut

c. Mata : konjungtiva dan ada atau tidaknya penggunaan alat bantu

d. Hidung : kebersihan dan fungsi pembau

e. Mulut : kebersihan dan kelengkapan gigi

f. Telinga : kebersihan dan fungsi pendengaran

g. Leher : ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid

h. Dada

Inpeksi : ada tidaknya kesimetrisan

Palpasi : ada tidaknya nyeri dan massa

Perkusi : batas paru normal

Auskultasi : ada tidaknya bunyi suara tambahan.

i. Abdomen

Inspeksi : ada tidaknya jaringan parut, kesimetrisan dan benjolan

Auskultasi : peristaltik perut dan bising usus

Perkusi : ada tidaknya nyeri tekan dan nyeri perut

Palpasi : ada tidaknya pembesaran hati

j. Pemeriksaan ekstremitas untuk memeriksa kekuatan otot :

Dengan tabel MMT (Manual Muscle Testing) yang berikan sebelum dilakukannya tindakan dan sebelum dilakukannya tindakan .

k. Pemeriksaan penunjang seperti :

1) Hasil CT-Scan (Computerized Tomografi Scaning) Hasil dari pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.

2) Hasil pemeriksaan MRI (Magnetic Resonance Image)

Hasil pemeriksaan ini bertujuan untuk menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.

3) Hasil pemeriksaan laboratorium darah

Hasil pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada ketidak normalan pada darah dan diharapkan mendapatkan nilai normal seperti Hb : permempuan (12,0-14,0 g/dL), laki-laki

(13,0- 16,0 g/dL) ,leukosit : (5,0- 10,0 10³/ ul), trombosit (150 – 400 10³/ul) dan eritrosit : perempuan (4,0-5,0 juta/ul), laki-laki (4,5-5,5 20 juta/ul)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (D.0005)
2. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
3. Difisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0109)
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0139)
5. Difisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif (D.0111)
6. Risiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0006)
7. Risiko Jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran (D.0143)
8. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0139)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun atas dasar diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan

tersebut terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang akan dilakukan perawat dan dilakukan atas dasar pengetahuan dan penilaian klinis untuk tercapainya luaran (outcome) yang diharapkan. (PPNI, 2018)

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasca Stroke

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola napas membaik (L.01004) dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monit 3. or bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 4. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 5. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 6. Posisikan semi-fowler atau fowler 7. Berikan minum hangat 8. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 9. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>detik</p> <p>10. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>11. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>12. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>14. Ajarkan Teknik batuk efektif</p> <p>15. Kolaborasi</p> <p>16. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>
<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskuler</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 	<p>Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>mengganggu bicara</p> <p>4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <p>6. 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)</p> <p>7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>8. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>9. Berikan dukungan psikologis</p>

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>10. Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
<p>Difisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan Perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan Mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <p>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat</p>

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)
<p>Difisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan 	<p>Edukasi kesehatan (I.123830)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media Pendidikan

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	<p>pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
<p>Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan tingkat aspirasi menurun (L.01006) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Dispnea menurun 4. Kelemahan otot menurun 5. Akumulasi sekret menurun 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 13. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan 	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan,

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	menurun	<p>neuropati)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 11. Gunakan alat

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		<p>bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</p> <p>12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa integritas kulit/jaringan meningkat adalah: 2. 3. Kerusakan 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	jaringan menurun 4. Kerusakan lapisan kulit menurun	Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		minimal 30 saat berada diluar rumah 14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Jenis implementasi keperawatan

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis Implementasi keperawatan yaitu :

1. *Independent Implementations*

Adalah implementasi yang di prakarsari sendiri oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan keperawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko,sosio,cultural, dan lain-lain.

2. *Interdependen/collaborative Implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat-obatan, infus, kateter urine, dan lain-lain.

3. *Dependent Implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna mengevaluasi apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai (Dinarti dan yuli Mulyani, 2017).

Evaluasi adalah suatu penilaianasuhan keperawatan yang telah diberikan atau di laksanakan dengan pedoman pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini akan di ketahui apakah perencanaan sudah mencapai sebagian atau akan timbul masalah lain yang baru (Wilkinson, M Judith dkk, 2012 dan Taylor, Cynthia M, 2010).

Evaluasi dapat di bagi menjadi 2 jenis yaitu :

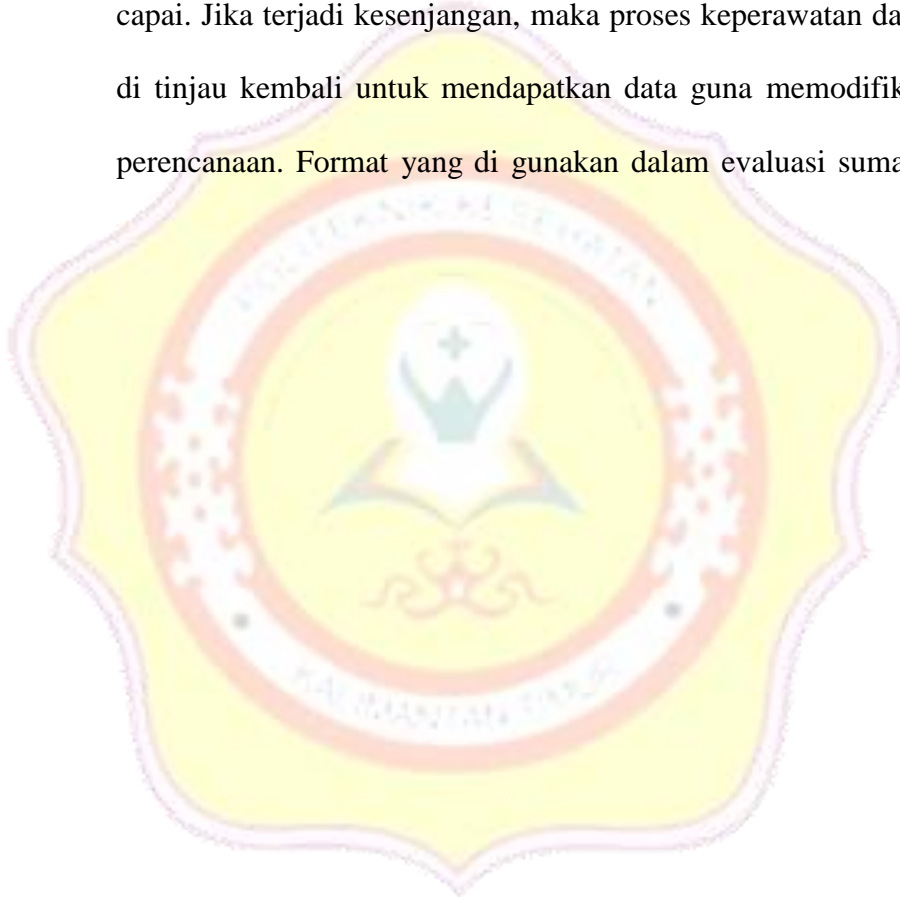
1. Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi yang di kerjakan dalam bentuk pengisian catatan

perkembangan yang berorientasi pada masalah yang di alami klien/Lansia. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP

2. Evaluasi akhir (sumatif)

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin di capai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat di tinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang di gunakan dalam evaluasi sumatif.



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan/Desain Penelitian

Dalam metode penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengetahui masalah Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan pasca stroke di panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatani, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek dalam penulisan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini adalah 2 orang lansia dengan riwayat pasca stroke dan mempunyai fungsi kognitif yang baik dan dapat diajak berkomunikasi di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

3.3 Batasan Istilah

Lansia yang menjadi subyek dalam studi kasus ini adalah Lansia yang bertempat tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Yang memenuhi kriteria dan dengan riwayat pasca stroke. Stroke merupakan gangguan yang mempengaruhi neurologik secara mendadak serta berlangsung cepat dalam beberapa jam, diakibatkan karena berhentinya suplai darah ke bagian otak (Hardika, Yuwono, dan Zulkarnain 2020).

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Lama waktu penelitian studi kasus ini adalah selama 6 hari.

Tabel 3.1 Kunjungan Lokasi Dan Waktu Penelitian

No	Kegiatan	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6
1.	Identifikasi kasus/BHSP/penkajian						
2.	Diagnosa						
3.	Intervensi						
4.	Implementasi						
5.	Evaluasi						

3.5 Prosedur Penelitian

Prosedur penulisan ini, diawali dengan penyusunan proposal oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus.

1. Meminta izin kepada pihak kampus untuk dilaksanakannya studi kasus di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
2. Meminta izin untuk mengumpulkan data dengan metode studi kasus kepada Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
3. Mencari dua klien lansia dengan riwayat pasca stroke, dengan studi kasus yang sama dan memberikan informasi singkat tentang tujuan dan manfaat studi kasus kepada klien yang diikutsertakan dalam studi kasus ini.
4. Melakukan pemeriksaan fisik, menetapkan diagnosa, menentukan intervensi, implementasi, evaluasi dan melakukan dokumentasi pada klien dengan riwayat pasca stroke

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus adalah antara lain :

1. Wawancara

Anamnesis yang berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dll Data bersumber dari klien.

2. Observasi dan monitor

Observasi merupakan kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta – fakta peristiwa empiris (Bickley, Lynn S., 2018).

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan proses tubuh klien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh klien (Aini, 2018).

4. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu

data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

Tabel 3. 2 Teknik Pengumpulan Data

Perawatan	Tindakan	Metode	Sasaran
Hari ke 1	Melakukan BHSP dan Melakukan Pengkajian	Anamnesa dan Observasi	Lansia
Hari ke 2	Menentukan Diagnosa	Diskusi	Lansia
Hari ke 3	Menentukan Intervensi	Diskusi	Lansia
Hari ke 4	Melakukan Implementasi	Diskusi Tindakan Observasi	Lansia
Hari ke 5	Melanjutkan Implementasi	Diskusi Tindakan Observasi	Lansia
Hari ke 6	Melakukan Evaluasi	Diskusi Observasi	Lansia

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

3.6 Keabsahan Data

Sumber data yang diperoleh secara langsung dari Lansia dengan riwayat pasca stroke, sehingga didapat data yang valid. Selanjutnya dilakukan observasi untuk mengetahui kecocokan apakah data yang diberikan lansia sesuai dengan data hasil observasi yang dilakukan oleh penulis.

3.7 Analisa Data

Analisa deskriptif adalah metode yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk dibuat kesimpulan, pengolahan data ini menggunakan teknik analisis deskriptif untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan riwayat pasca stroke di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta dan keluhan yang selanjutnya dibandingkan dengan teori – teori didalamnya disertai dengan pembahasan tentang hal yang dialami pasien pasca stroke dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan dari hasil pengamatan tentang data umum klien dan gambaran lokasi umum penelitian, yaitu di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri di Samarinda. Pengambilan data diambil pada tanggal 26 April sampai dengan 1 Mei 2023 dengan jumlah subjek sebanyak 2 klien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut :

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri yang terletak di Jalan Mayjen Sutoyo RT.29 No.01 Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri awalnya merupakan pelaksanaan Unit Pelaksana Teknis Depsos RI, seiring dengan Era Otonomi Daerah sesuai dengan SK Gubernur Kaltim No.16 Tahun 2001, Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda menjadi Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur di bawah naungan Dinas Sosial Provinsi Kaltim. Kemudian di perkuat kembali dengan Peraturan Gubernur Kaltim No. 17 tahun 2009 Tentang Organisasi dan Tata Kerja UPTD pada Dinas Sosial Prov. Kaltim yang memberikan pelayanan Kesejahteraan Sosial kepada Lanjut Usia Terlantar.

UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda memiliki area seluas 22.850 M2 serta dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang memiliki jumlah 40 bangunan, serta dapat melayani klien sesuai dengan daya tampung yang ada yakni sekitar 120 orang. Dalam pelaksanaannya untuk mencapai tujuan dan sasaran selalu didasarkan pada peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah RI diantaranya UU No. 13 thn 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dan UU RI No. 11 thn. 2009 tentang kesejahteraan sosial, sehingga para Lansia dapat menikmati kehidupan yang tenang secara lahir dan batin serta mampu melaksanakan fungsi sosialnya dengan baik.

Fasilitas dan layanan yang tersedia di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda antara lain 1 Kantor, 1 Poli klinik digabung dengan ruang keterampilan, 16 Wisma / asrama klien, 3 Wisma tamu, 8 Rumah dinas, 1 Aula, 1 Garasi, 1 Mushola, 1 Dapur umum, 1 Ruang isolasi, 2 Gudang barang, 2 Gazebo, 1 Lapangan senam / tenis, 2 Pos jaga, 2 Kolam ikan, 1 Unit mobil ambulance, 2 Unit mobil operasional, 1 Unit Mobil Jabatan, 3 Unit Sepeda Motor.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil anamnesa biodata klien dengan Pasca Stroke

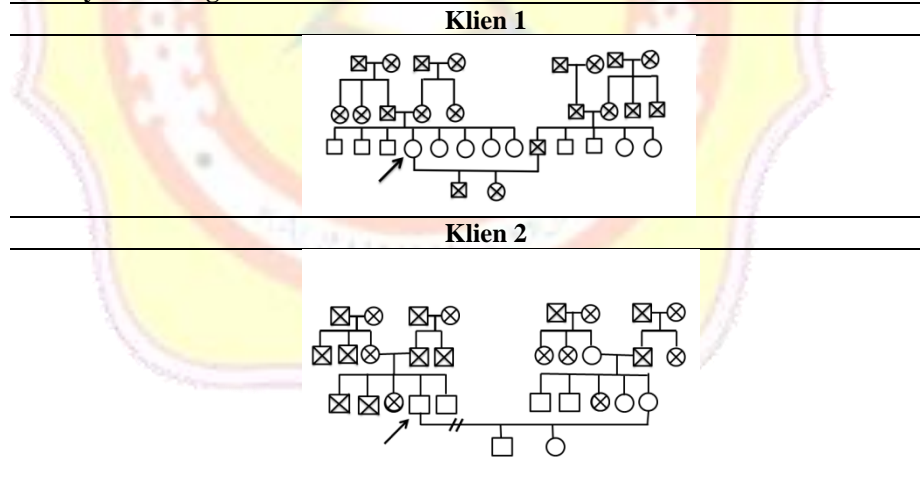
Identitas	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny.A	Tn.R
Umur	63 tahun	62 tahun
Tanggal Lahir	29-07-1960	15-06-1961
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-Laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan terakhir	SMP	SLTA

Pekerjaan sebelumnya	Petugas kebersihan	Pelaut
Alamat sebelum	Jl. Gunung Empat No. 27 RT. 44 Margo Mulyo Balikpapan	Jl. Kh. Mas Mansyur RT 29 Loa Bakung Samarinda
Tanggal masuk panti	22 Juni 2021	11 Februari 2021
Tanggal pengkajian	27 April 2021	27 April 2021
Kamar	4	2
Penanggung jawab	Maisaroh	Erick
Pekerjaan penanggung jawab	Petugas wisma	Petugas wisma
Sumber informasi	Anamnesa	Anamnesa

Riwayat Panti	Masuk	Klien 1	Klien 2
		Diantar oleh saudaranya dan pihak Dinas Sosial Kota Balikpapan	Dibawa oleh warga setempat karena tinggal seorang diri

Alasan Masuk Panti	Klien 1	Klien 2
	Dikarenakan klien tidak memiliki hubungan yang baik dengan saudaranya dan anak dari saudaranya.	Dikarenakan kondisi klien yang sudah berusia lanjut dengan stroke dan tinggal seorang diri tidak ada yang mengurus

Riwayat Keluarga



Riwayat Pekerjaan	Klien 1	Klien 2
Status pekerjaan saat ini	Tidak berkerja	Tidak berkerja
Pekerjaan sebelumnya	Petugas kebersihan	Pelaut
Sumber – sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan	Sumbangan dari pihak panti	Dibiayai oleh keluarga

Riwayat Lingkungan Hidup	Klien 1	Klien 2
--------------------------	---------	---------

Tipe tempat tinggal	Beton	Beton
Jumlah kamar	5	5
Jumlah tingkat	Tidak ada	Tidak ada
Jumlah orang yang tinggal di rumah	5 orang	9 orang
Derajat privasi	Memiliki kamar masing-masing untuk menjaga privasinya	Memiliki kamar masing-masing untuk menjaga privasinya
Tetangga terdekat	Sesama wisma	Sesama wisma
Alamat/telepon	Jl. Mayor Jenderal Sutoyo	Jl. Mayor Jenderal Sutoyo

Riwayat Rekreasi	Klien 1	Klien 2
Hobi/minat	Membaca buku	Mendengarkan lagu
Keanggotaan organisasi	Pengajian	Pengajian
Liburan	Tidak ada	Tidak ada

Sumber/Sistem Pendukung	Klien 1	Klien 2
Dokter	✓	✓
Perawat	✓	✓
Rumah sakit/Puskesmas/Klinik	✓	✓
Pelayanan kesehatan di rumah		
Lain – lain sebutkan	Pengasuh wisma	Pengasuh wisma

Deskripsi Khusus Hari Kebiasaan Ritual Waktu Tidur	Klien 1	Klien 2
	Bershalawat dan membaca doa sebelum tidur	Mendengarkan lagu sebelum tidur

Status Kesehatan Saat Ini	Klien 1	Klien 2
Status kesehatan umum selama setahun yang lalu	Diabetes Mellitus, Pasca Stroke	Pasca Stroke
Status kesehatan umum selama lima tahun yang lalu	Diabetes mellitus, Stroke	Kolesterol, Stroke
Keluhan – keluhan kesehatan utama	Kesulitan bergerak dikarenakan kekakuan pasca stroke di tubuh sebelah kiri	Kesulitan bergerak serta melakukan aktifitas dikarenakan kekakuan pasca stroke di tubuh sebelah kanan
Pengetahuan penatalaksanaan masalah kesehatan	Minum obat dan rutin mengganti perban 3 hari sekali	

Obat-obatan dan sosis	Klien 1	Klien 2
------------------------------	----------------	----------------

Nama obat	Metformin 500 mg Mefenamic acid 500 mg Amlodipine 5 mg	Tidak konsumsi obat
Aturan pakai	2× sehari 3 × sehari 1 × sehari	
Status Imunisasi	Klien 1	Klien 2
Tetanus/Difteri	Klien tidak mengingatnya	Klien tidak mengingatnya
Influenza	Klien tidak mengingatnya	Klien tidak mengingatnya
Pnemoni	Klien tidak mengingatnya	Klien tidak mengingatnya
Covid 19	Sudah dilakukan vaksin ke 2	Sudah dilakukan vaksin ke dua
Alergi	Tidak ada alergi	Tidak ada alergi
Obat-obatan	Tidak ada alergi	Tidak ada alergi
Makanan	Tidak ada alergi	Tidak ada alergi
Kontak substansi	Tidak pernah kontak langsung dengan penderita penyakit menular	Tidak pernah kontak langsung dengan penderita penyakit menular
Faktor-faktor lingkungan	Lingkungan klien bebas dari penderita penyakit sistem imun	Lingkungan klien bebas dari penderita penyakit sistem imun
Nutrisi	Klien 1	Klien 2
Diet, pembatasan makanan minuman	Makan dengan porsi normal	Makan dengan porsi normal
Riwayat peningkatan / penurunan berat badan	Tidak terjadi peningkatan/penurunan berat badan	Tidak terjadi peningkatan/ penurunan berat badan
Pola konsumsi makan (misal frekuensi, sendiri atau dibantu)	Klien mampu makan dengan frekuensi makan 3 kali sehari dan diselingi jajanan	Klien mampu makan dengan mandiri dengan frekuensi makan 3 kali sehari
Masalah – masalah yang mempengaruhi masukan makanan (misal pendapatan tidak adekuat, kurang transportasi, masalah menelan, mengunyah, stress emosional)	Klien tidak mengalami kesulitan dalam mengunyah ataupun menelan makanan.	Klien tidak mengalami kesulitan dalam mengunyah ataupun menelan makanan.
Kebiasaan	Klien menyukai makanan yang berkuah	Klien menyukai makanan dengan tekstur lembek
Status Kesehatan Masa Lalu	Klien 1	Klien 2
Penyakit masa kanak-kanak	Tidak ada	Tidak ada
Penyakit serius/kronik	Diabetes	Riwayat Kolesterol

Perawatan di Rumah Sakit (alasan, tanggal, tempat, durasi, dokter)	Pernah (stroke, pada tahun 2015, di Rumah Sakit Umum Daerah Beriman Balikpapan)	Pernah (stroke, pada tahun 2020, di Rumah Sakit Umum AWS)
Operasi (jenis, tanggal, alasan dokter)	Tidak pernah	Tidak pernah

Tabel 4.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik		Klien 1	Klien 2
Umum			
1	Kelelahan	Klien mengatakan terkadang merasa kelelahan setelah melakukan aktivitas yang berat seperti senam	Klien mengatakan sering merasa kelelahan di pagi dan siang hari
2	Perubahan nafsu makan	Klien mengatakan sering konsumsi makan makanan manis	Klien mengatakan sering terlewat jam makan siang karena tidur
3	Demam	Normal, suhu 35,8°C	Normal, suhu 36°C
4	Keringatan malam	Tidak ada	Tidak ada
5	Kesulitan tidur	Klien mengatakan tidak ada kesulitan tidur, Klien tidur malam lebih dari 7 jam	Klien mengatakan kesulitan tidur di malam hari hanya tidur kurang 3 jam
6	Sering pilek, infeksi	Tidak ada	Tidak ada
7	Penilaian diri terhadap status kesehatan	Klien mengatakan dirinya pernah mengalami DM	Klien mengatakan tubuhnya cukup baik namun merasa kaku pada bagian bekas stroke
8	Kemampuan untuk melakukan AKS	Klien mengatakan memerlukan bantuan orang lain pada pemenuhan kebutuhan sehari hari seperti mencuci pakaian	Klien mengatakan memerlukan bantuan orang lain pada pemenuhan kebutuhan sehari hari seperti membantunya ke kamar mandi
Integumen			
1	Pruritus	Tidak ada	Tidak ada
2	Perubahan pigmentasi	Tidak ada	Tidak ada
3	Perubahan tekstur	Tidak ada	Kering
4	Sering memar	Tidak ada	Tidak ada
5	Perubahan rambut	Berubah warna(uban)	Rambut jarang dan berubah warna(uban)
6	Perubahan kaku	Tidak ada	Tidak ada
7	Pemanjangan lama terhadap matahari	Tidak ada	Tidak ada
8	Pola penyembuhan lesi, memar	Jika ada luka klien mengatakan cukup lama untuk sembuh	Klien mengatakan jarang mengalami luka atau memar jika ada akan secepat sembuh

dalam 2/3 hari			
9	Pada klien 1 bagian kaki terdapat luka dengan ukuran \pm 3 cm, warna dasar luka merah cenderung lebih muda, dan tidak ada tanda nekrosis		
Hemopoetik			
1	Pendarahan / memar abnormal	Tidak ada	Tidak ada
2	Pembengkakan kelenjar limfa	Tidak ada	Tidak ada
3	Anemia	Konjungtiva merah muda	Konjungtiva merah muda
4	Riwayat transfusi darah	Tidak ada	Tidak ada
Kepala			
1	Sakit kepala	Tidak ada	Tidak ada
2	Trauma berarti pada masa lalu	Tidak ada	Tidak ada
3	Pusing	Tidak ada	Klien merasa pusing di siang hari jika tidak tidur
4	Gatal kulit kepala	Tidak ada	Tidak ada
Mata			
1	Perubahan penglihatan	Tidak ada, klien dapat melihat dengan jelas bahkan dapat membaca tulisan kecil, serta membedakan warna	Tidak ada, klien dapat melihat dengan jelas, dapat membaca dan membedakan warna
2	Kaca mata / kontak lens	Tidak ada	Tidak ada
3	Nyeri	Tidak ada	Tidak ada
4	Air mata berlebih	Tidak ada	Tidak ada
5	Bengkak sekitar mata	Tidak ada	Tidak ada
6	Kabur	Tidak ada klien dapat melihat dan membaca	Tidak ada klien dapat melihat dan membaca
7	Foto phobia	Tidak ada	Tidak ada
Telinga			
1	Perubahan pendarahan	Tidak ada	Tidak ada
2	Tinnitus	Tidak ada telinga berdenging	Tidak ada telinga berdenging
3	Vertigo	Tidak ada keluhan vertigo	Tidak ada keluhan vertigo
4	Sensitivitas pendengaran	Tidak ada	Tidak ada
5	Alat alat protesea	Tidak ada penggunaan alat bantu	Tidak ada penggunaan alat bantu
6	Riwayat infeksi	Terdapat bekas luka namun sudah kering dan tidak berbau	Tidak ada
7	Tanggal pemeriksaan paling akhir	27 april 2023	27 april 2023
8	Kebiasaan perawatan telinga	Klien membersihkan telinga seminggu sekali dengan cuttonbut	Klien membersihkan telinga 2 kali seminggu
9	Dampak pada penampilan AKS	Tidak ada dampak significant pada aktivitas sehari hari	Tidak ada dampak significant pada aktivitas sehari hari
Hidung			
1	Rinorearabas	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

		hidung meler	hidung meler
2	Epistaksis	Tidak ada keluhan mimisan	Tidak ada keluhan mimisan
3	Obstruksi	Tidak ada penyumbatan	Tidak ada penyumbatan
4	Mendengkur	Klien tidak mendengkur	Klien mendengkur
5	Nyeri pada sinus	Tidak ada nyeri pada bagian sinus	Tidak ada nyeri pada bagian sinus
6	Alergi	Tidak ada	Tidak ada
7	Rabas	Tidak ada	Tidak ada
8	Riwayat infeksi	Tidak ada	Tidak ada
9	Penilaian diri pada kemampuan olfaktori	Klien dapat mencium da membedakan wewangian	Klien dapat mencium da membedakan wewangian
Mulut dan Tenggorokan			
1	Sakit tenggorokan	Tidak ada keluhan sakit di bagian tenggorokan	Tidak ada keluhan sakit di bagian tenggorokan
2	Ulkus/lesi	Kondisi mulut tidak ada sariawan	Kondisi mulut tidak ada sariawan
3	Serak	Suara normal tidak ada serak	Suara normal tidak ada serak
4	Perubahan suara	Tidak ada	Tidak ada
5	Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
6	Alat – alat protesa	Tidak ada penggunaan alat bantu	Tidak ada penggunaan alat bantu
7	Riwayat infeksi	Tidak ada	Tidak ada
8	Tanggal pemeriksaan gigi paling akhir	Tidak ingat	Tidak ingat
9	Pola menggosok gigi	Klien menggosok gigi 2 kali sehari	Klien menggosok gigi 1 kali sehari
10	Masalah dan kebiasaan membersihkan gigi palsu	Tidak ada penggunaan gigi palsu	Tidak ada penggunaan gigi palsu
Leher			
1	Kekakuan	Klien mengatakan tidak ada kekakuan di bagian leher	Klien mengatakan tidak ada kekakuan di bagian leher
2	Nyeri / nyeri tekan	Klien mengatakan tidak ada nyeri tekan di bagian leher	Klien mengatakan tidak ada nyeri tekan di bagian leher
3	Benjolan	Tidak ada	Tidak ada
4	Keterbatasan	Leher dapat bergerak memutar 180° ke atas dan ke bawah	Leher dapat bergerak memutar 180° ke atas dan ke bawah
Payudara			
1	Benjolan / massa	Tidak ada massa atau benjolan di payudara	Tidak ada massa atau benjolan di payudara
2	Nyeri/nyeri tekan	Tidak ada	Tidak ada
3	Bengkak	Tidak ada	Tidak ada
4	Keluaran cairan dari putting susu	Tidak ada	Tidak ada
5	Perubahan pada putting susu	Tidak ada	Tidak ada
6	Pola pemeriksaan	Tidak ada	Tidak ada pemeriksaan

	payudara sendiri tanggal dan hasil momografi paling akhir	pemeriksaan payudara	payudara
Pernafasan			
1	Batuk	Klien tidak memiliki keluhan batuk	Klien tidak memiliki keluhan batuk
2	Sesak nafas	Tidak ada, RR: 21x/menit	Tidak ada, RR: 22x/menit
3	Hemopteses	Tidak ada	Tidak ada
4	Sputum	Tidak ada	Tidak ada
5	Mengi	Tidak ada	Tidak ada
6	Asma / alergi pernafasan	Tidak ada	Tidak ada
Kardiovaskuler			
1	Nyeri / ketidaknyamanan dada	Tidak ada nyeri di bagian dada	Tidak ada nyeri di bagian dada
2	Palpitasi	Tidak ada, HR:85x/menit	Tidak ada, HR:80x/menit
3	Sesak napas	Tidak ada, RR: 21x/menit	Tidak ada, RR: 22x/menit
4	Diapnea pada aktifitas	Tidak ada	Tidak ada
5	Dipsnea nokturnal paroksimal	Tidak ada	Tidak ada
6	Ortopnea	Tidak ada	Tidak ada
7	Murmur	Tidak ada	Tidak ada
8	Edema	Tidak ada pembengkakan	Tidak ada pembengkakan
9	Varises	Tidak ada varises	Tidak ada varises
10	Kaki timpang	Tidak ada	Tidak ada
11	Parastesia	Tidak ada	Tidak ada
12	Perubahan warna kaki	Tidak ada perubahan warna kaki	Tidak ada perubahan warna kaki
Gastrointestinal			
1	Disfagia	Tidak ada kesulitan menelan	Tidak ada kesulitan menelan
2	Tak dapat mencerna	Tidak ada kesulitan mencerna BAB lancar	Tidak ada kesulitan mencerna BAB lancar
3	Nyeri ulu hati	Tidak ada	Tidak ada
4	Mual / muntah	Tidak ada	Tidak ada
5	Hematemesis	Tidak ada	Tidak ada
6	Perubahan nafsu makan	Klien mengatakan sering makan jajanan karena merasa lapar	Tidak ada, pola makan klien sesuai dengan jadwal pemberian makan kecuali dia tertidur
7	Intoleran aktifitas	Tidak ada klien hanya merasa terbatas namun tidak ada intoleransi aktivitas	Tidak ada klien hanya merasa terbatas namun tidak ada intoleransi aktivitas
8	Ulkus	Tidak ada luka	Tidak ada luka
9	Nyeri	Tidak ada nyeri	Tidak ada nyeri
10	Ikterik	Tidak ada tanda ikterik di kulit maupun di mata	Tidak ada tanda ikterik di kulit maupun di mata
11	Benjolan / massa	Tidak ada	Tidak ada

12	Perubahan kebiasaan defekasi	Tidak ada	Tidak ada
13	Diare	Tidak ada	Tidak ada
14	Konstipasi	Tidak ada	Tidak ada
15	Melena	Tidak ada	Tidak ada
16	Hemoroid	Tidak ada	Tidak ada
17	Perdarahan rectum	Tidak ada	Tidak ada
18	Pola defekasi biasanya	Klien mengatakan BAB seminggu 2x	Klien mengatakan BAB seminggu 3x
Perkemihan			
1	Disuria	Tidak ada	Tidak ada
2	Menetas	Tidak ada	Tidak ada
3	Ragu – ragu	Tidak ada	Tidak ada
4	Dorongan	Tidak ada	Tidak ada
5	Hematuria	Tidak ada	Tidak ada
6	Polyuria	Tidak ada	Tidak ada
7	Oliguria	Klien mengatakan urin yang keluar normal tidak terlalu sedikit	Klien mengatakan urin yang keluar normal tidak terlalu sedikit
8	Nokturia	Tidak ada	Tidak ada
9	Inkontinensia	Tidak ada	Tidak ada
10	Nyeri saat berkemih	Tidak ada	Tidak ada
11	Batu	Tidak ada	Tidak ada
12	Infeksi	Tidak ada	Tidak ada
Genitalia			
Genito Reproduksi Pria			
1	Lesi		Tidak ada
2	Rabas		Tidak ada
3	Nyeri testikuler		Tidak ada
4	Massa testikuler		Tidak ada
5	Masalah prostat		Tidak ada
6	Penyakit kelamin		Tidak ada
7	Perubahan hasrat seksual		Tidak ada
8	Impotensi		Tidak ada
9	Masalah aktivitas seksual		Tidak ada
Genito Reproduksi Wanita			
1	Lesi	Tidak ada	
2	Rabas	Tidak ada	
3	Pendarahan pasca senggama	Tidak ada	
4	Nyeri pelvic	Tidak ada	
5	Penyakit kelamin	Tidak ada	
6	Infeksi	Tidak ada	
7	Masalah aktifitas seksual	Tidak ada	
8	Riwayat menstruasi	Tidak ada	
9	Riwayat menopause	Tidak ada	
10	Tanggal dan hasil tes pap paling akhir G.....P.....A...	Tidak ada	
Muskuloskeletal			
1	Nyeri persendian	Tidak ada nyeri persendian	Tidak ada nyeri persendian
2	Kekakuan	Klien mengatakan merasa kaki dibagian	Klien mengatakan merasa kaki dibagian

	kiri anggota gerak	kanan anggota gerak
3 Pembengkakan sendi	Tidak ada	Tidak ada
4 Deformitas	Tidak ada	Tidak ada
5 Sapasme	Tidak ada	Tidak ada
6 Kram	Tidak ada	Tidak ada
7 Kelemahan otot	Klien mengatakan mengalami kelemahan otot sulit untuk bergerak sehingga menggunakan kursi roda Kekuatan otot: $\begin{array}{c|c} 1 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$	Klien mengatakan mengalami kelemahan otot sulit untuk bergerak sehingga menggunakan bantuan kruk Kekuatan otot: $\begin{array}{c|c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$
8 Masalah cara berjalan	Klien mengalami kelemahan otot di bagian kiri sehingga kesulitan berjalan kecuali dibantu dengan orang lain	Klien mengalami kelemahan otot di bagian kanan sehingga kesulitan berjalan kecuali dibantu dengan orang lain atau mandiri dengan kruk
9 Nyeri punggung	Tidak ada nyeri punggung	Tidak ada nyeri punggung
10 Protesa	Tidak ada	Tidak ada
11 Pola kebiasaan latihan / olahraga	Klien mengatakan sering mengikuti senam rutin yang di adakan	Klien mengatakan beberapa kali mengikuti senam yang di adakan
12 Dampak pada penampilan AKS	Klien sulit melakukan aktivitas sehari hari secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain	Klien sulit melakukan aktivitas sehari hari secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain
Persyarafan		
1 Sakit kepala	Tidak ada	Tidak ada
2 Kejang	Tidak ada	Tidak ada
3 Serangan jantung	Tidak ada	Tidak ada
4 Paralisis	Tidak ada	Tidak ada
5 Paresis	Tidak ada	Tidak ada
6 Masalah koordinasi	Klien sulit menggerakkan anggota gerak bagian kiri	Klien sulit menggerakkan anggota gerak bagian kanan
7 Tic/tremor/spasme	Tidak ada	Tidak ada
8 Parastesis	Tidak ada	Tidak ada
9 Cedera kepala	Tidak ada riwayat jatuh atau benturan di kepala	Tidak ada riwayat jatuh atau benturan di kepala
10 Masalah memori	Tidak ada, klien mengingat nama ibunya dan tanggal lahir	Tidak ada, klien mengingat nama ibunya dan tanggal lahir

Endokrin

1	Intoleran panas	Tidak ada	Tidak ada
2	Intoleran dingin	Tidak ada	Tidak ada
3	Goiter	Tidak ada	Tidak ada
4	Pigmentasi kulit / tekstur	Kulit nampak kering	Kulit nampak kering
5	Perubahan rambut	Rambut menjadi berubah warna atau beruban	Rambut menjadi berubah warna atau beruban dan menipis
6	Polifagi	Ada, klien merasa sering lapar	Tidak ada
7	Polidasi	Ada, klien sering merasa haus di malam hari	Tidak ada
8	Polyuria	Ada, klien sering buang air kecil	Tidak ada

Tabel 4.3 Penilaian Skala Jatuh Morse

Penilaian Resiko Jatuh Dengan Skala Morse

Faktor Resiko	Skala	Skor		
		Hasil	Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan yang terakhir	Ya			25
	Tidak	0	0	0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya	15	15	15
	Tidak			0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar			30
	Kruk, tongkat, walker	15	15	15
	Bedrest / dibantu perawat			0
Menggunakan Iv dan keteter	Ya			20
	Tidak	0	0	0
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang / diseret)			20
	Lemah	10	10	10
Status mental	Normal / bedrest / imobilisasi	0	0	0
	Tidak sadar akan kemampuan / post op 24 jam			15
	Orientasi sesuai kemampuan diri			0
Total skor		40	40	

Kesimpulan :

Kategori klien 1 : Sedang

Kategori klien 2 : Sedang

Keterangan:Resiko = ≥ 45

Sedang = 25-40

Rendah = 0-24

Tabel 4.4 Parameter Status Nutrisi Klien

Penilaian Mini Nutrivian Assessment (MNA)		
Klien 1 : Berat (Kg) : Kg, Tinggi (cm) : cm IMT :		
Klien 2 : Berat (Kg) : Kg, Tinggi (cm) : cm IMT :		
Skrining	Klien 1	Klien 2
A. Apakah asupan makanan berkurang selama 3 bulan terakhir karena kehilangan nafsu makan, gangguan pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan. 0 = asupan makanan sangat kurang 1 = asupan makanan agak berkurang 2 = asupan makanan tidak berkurang	1	1
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir 0 = penurunan berat badan lebih dari 3 kg. 1 = tidak tahu. 2 = penurunan berat badan antara 1-3 kg. 3 = tidak ada penurunan berat badan.	3	2
C. Mobilisasi 0 = Terbatas di tempat tidur atau di kursi. 1 = mampu bangun dari tempat tidur/kursi tetapi tidak bepergian keluar rumah. 2 = dapat bepergian keluar rumah.	2	1
D. Menderita tekanan psikologis atau penyakit yang berat dalam 3 bulan terakhir. 1 = Ya. 2 = Tidak.	2	2
E. Gangguan Neuropsikologis. 0 = depresi berat atau kepikunan berat. 1 = kepikunan ringan. 2 = tidak ada gangguan psikologis.	2	2
F1 Indeks Massa Tubuh (IMT) 0 = IMT kurang dari 19 (IMT \leq 19). 1 = IMT 19 hingga kurang dari 21 (IMT 12-< 21) 2 = IMT 21 hingga kurang dari 23 (IMT 21 -< 23). 3 = IMT 23 atau lebih (IMT \geq 23).	3	1
BILA DATA INI TIDAK ADA, GANTI F1 DENGAN PERTANYAAN F2 ABAIKAN PERTANYAAN F2 JIKA PERTANYAAN SUDAH DAPAT DI ISI		
F2 Lingkar Betis 0 = lingkar betis kurang dari 31.		

3 = lingkaran betis sama dengan atau lebih besar dari pada 3.

Skor Skoring	13	12
Skor 12-14 = Status Gizi Normal		
Skor 5-11 = Beresiko Malnutrisi.		
Skor 0-7 = Malnutrisi		

Tabel 4.5 Pengkajian Barthel Indeks

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi dari Barthel Indeks)				
Klien 1				
No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10✓	1 porsi nasi lauk dan pauk
2	Minum	5	10✓	1 gelas air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya.	5-10✓	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menysisir rambut, gosok gigi).	0	5✓	2 x sehari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram).	5✓	10	
6	Mandi	5✓	5	2 x sehari
7	Jalan di permukaan datar.	0✓	10	
8	Naik turun tangga.	5✓	15	
9	Mengenakan pakaian.	5	5✓	Dapat melakukan secara mandiri
10	Kontrol Bowel (BAB).	5	10✓	BAB 1 x sehari konsistensi lembek
11	Kontrol Bladder (BAK).	5	10✓	BAK 3-4 x sehari warna kuning pucat
12	Olahraga atau latihan.	5✓	10	
13	Rekreasi atau pemantapan waktu luang.	5✓	10	
Jumlah		80		Ketergantungan sebagian

Keterangan

- ≥ 130 : Mandiri
- 65-125 : Ketergantungan Sebagian
- ≥ 60 : Ketergantungan Total

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi dari Barthel Indeks)

Klien 2				
No	Kriteria	Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10✓	1 porsi nasi lauk dan pauk
2	Minum	5	10✓	1 gelas air putih

3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya.	5-10✓	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi).	0	5✓	2 x sehari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram).	5✓	10	
6	Mandi	5✓	5	2 x sehari
7	Jalan di permukaan datar.	0✓	10	
8	Naik turun tangga.	5✓	15	
9	Mengenakan pakaian.	5	5✓	Dapat melakukan secara mandiri
10	Kontrol Bowel (BAB).	5	10✓	BAB 1 x sehari konsistensi lembek
11	Kontrol Bladder (BAK).	5	10✓	BAK 3-4 x sehari warna kuning pucat
12	Olahraga atau latihan.	5✓	10	
13	Rekreasi atau pemantapan waktu luang.	5✓	10	
Jumlah			80	Ketergantungan sebagian

Keterangan

- d. ≥ 130 : Mandiri
 e. 65-125 : Ketergantungan Sebagian
 f. ≥ 60 : Ketergantungan Tota

Tabel 4.6 Pengkajian Status Mental Gerontik (SPMSQ)

Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Portable Mental Status Quisioner (SPMSQ)

NO	PERTANYAAN	KLIEN 1		KLIEN 2	
		Benar	Salah	Benar	Salah
01	Tanggal berapa hari ini ?		✓	✓	
02	Hari apa sekarang ?		✓	✓	
03	Apa nama tempat ini ?	✓		✓	
04	Dimana alamat anda ?	✓		✓	
05	Berapa umur anda ?	✓			✓
06	Kapan anda lahir ? (minimal tahun lahir)	✓		✓	
07	Siapa presiden Indonesia ?	✓		✓	
08	Siapa presiden indonesia sebelumnya ?	✓		✓	
09	Siapa nama Ibu anda ?	✓		✓	
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	✓		✓	

JUMLAH**8****2****9****1****Kesimpulan :****Kategori klien 1 : Fungsi intelektual utuh****Kategori klien 2 : Fungsi intelektual utuh****Interpretasi Hasil**

Salah 0-3 = Fungsi intelektual utuh.

Salah 4-5 = Kerusakan intelektual ringan.

Salah 6-8 = kerusakan intelektual sedang.

Salah 9-10 = Kerusakan intelektual berat.

Riwayat Psikosial	Klien 1	Klien 2
	Selama berinteraksi dengan klien menunjukkan sikap kooperatif dan menunjukkan perilaku baik serta peduli dengan teman sesama wisma, serta klien juga mengatakan senang jika ada mahasiswa karena dapat menjadi teman bicara	Selama berinteraksi dengan klien menunjukkan sikap kooperatif dan menunjukkan perilaku baik dengan teman sesama wisma namun nampak jarang berinteraksi
Riwayat Spiritual	Klien 1	Klien 2
	Klien mengatakan sering mengikuti pengajian dan ceramah di masjid	Klien mengatakan beberapa kali mengikuti pengajian dan sering mendengar murotal di handphone

Tabel 4.7 Analisa Data

Analisa Data Klien 1			
NO	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	DS: - Klien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan sebelah kanan - klien mengatakan sulit untuk duduk di lantai maupun di kursi - klien mengatakan tidak dapat berjalan lama DO: - Klien berjalan dengan pelan dan berpegangan - Klien terlihat berjalan	Penurunan kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	<p>dengan lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien hanya duduk di kasur - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 260 mg/dL - TD : 110/60 mmHg - N : 78 ×/menit - S : 36,3 °C - RR : 20 ×/menit 	1	5	1	5		
1	5						
1	5						
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak tahun 2022 - Klien mengatakan sering merasa haus - Klien mengatakan sering buang air kecil <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memiliki luka pada bagian telapak kaki kanan sebelah belakang dan dibalut perban - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 260 mg/dL - TD : 110/60 mmHg - N : 78 ×/menit - S : 36,3 °C - RR : 20 ×/menit 	1	5	1	5	Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)
1	5						
1	5						
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak tau apa yang harus di lakukan dengan penyakitnya. - Klien mengatakan sering mengalami gejala-gejala yang di jelaskan oleh perawat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering bertanya ketika di jelaskan oleh perawat - Klien terlihat antusias ketika perawat menjelaskan tentang penyakitnya 	Kurang terpapar informasi	Defisit Pengetahuan (D.0111)				

	<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 260 mg/dL - TD : 110/60 mmHg - N : 78 ×/menit - S : 36,3 °C - RR : 20 ×/menit 	1	5	1	5		
1	5						
1	5						
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan membutuhkan bantuan orang lain, tidak dapat melakukan beberapa aktivitas sendiri seperti mandi dan mencuci pakaian <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot klien menurun - Gerakan sendi pada bagian ekstremitas kanan kaku tidak dapat digerakkan sendiri, butuh bantuan orang lain - Hasil pengkajian resiko jatuh dengan skor 40 yaitu dengan resiko jatuh sedang. - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 260 mg/dL - TD : 110/60 mmHg - N : 78 ×/menit - S : 36,3 °C - RR : 20 ×/menit 	1	5	1	5	Kekuatan otot berkurang	Risiko Jatuh (D.0143)
1	5						
1	5						
Analisa Data Klien 2							
NO	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh tidak dapat menggerakkan ekstremitas pada bagian sebelah kanan - Klien dibantu untuk melakukan aktivitas seperti mandi dan mencuci pakaian <p>DO :</p>	Penurunan	Ganggu Mobilitas				

	<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pada ekstremitas kanan menurun - Gerakan klien terbatas - Sendi pada bagian kaki dan tangan sebelah kanan kaku - Hasil dari pengkajian barthel index dengan skor 90 yaitu ketergantungan sebagian - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> - GDS: 126 mg/dL - Kolesterol: 270 mg/dL - Kadar Asam Urat : 6,7 mg/dL - TD : 120/70 mmHg - N : 76 ×/menit - S : 37 °C - RR : 22×/menit 	5	4	5	2	Kekuatan Otot	Fisik (D.0054)
5	4						
5	2						
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sulit untuk - Klien mengatakan tidur hanya 3 jam saja saat malam - Klien mengatakan sering terbangun ketika tidur - Klien mengatakan lebih sering tidur siang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sering tidur diatas jam 11 pagi - Klien tampak kelelahan di pagi hari - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> - GDS: 126 mg/dL - Kolesterol: 270 mg/dL - Kadar Asam Urat : 6,7 mg/dL - TD : 120/70 mmHg - N : 76 ×/menit - S : 37 °C - RR : 22×/menit 	5	4	5	2	Kurang kontrol tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
5	4						
5	2						
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak tau apa yang harus di lakukan dengan keadaanya. 						

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering bertanya ketika di jelaskan oleh perawat - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - GDS: 126 mg/dL - Kolesterol: 270 mg/dL - Kadar Asam Urat : 6,7 mg/dL - TD : 120/70 mmHg - N : 76 ×/menit - S : 37 °C - RR : 22×/menit 	5	4	5	2	Kurang terpapar informasi	Defisit Pengetahuan (D.0111)
5	4						
5	2						
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan membutuhkan bantuan orang lain, tidak dapat melakukan beberapa aktivitas sendiri seperti mandi dan mencuci pakaian <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot klien menurun - Gerakan sendi pada bagian ekstremitas sulit digerakkan - Hasil pengkajian resiko jatuh dengan skor 40 yaitu dengan resiko jatuh sedang. - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 260 mg/dL - TD : 110/60 mmHg - N : 78 ×/menit - S : 36,3 °C - RR : 20 ×/menit 	5	4	5	2		Resiko Jatuh (D.0143)
5	4						
5	2						

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Klien 1

- 1)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
(D.0054)
- 2)Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)
- 3)Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
(D.0111)
- 4)Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

Klien 2

- 1)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
(D.0054)
- 2)Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
(D.0055)
- 3)Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
(D.0111)
- 4)Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d gerakan terbatas (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam maka diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 1.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 1.4 Monitor kondisi umum selama melakukan

		5. Kelemahan fisik menurun	<p>mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</p> <p>1.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>1.8 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>1.9 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin d.d kadar glukosa dalam darah/urin tinggi (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>2.2 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</p> <p>2.3 Monitor tanda dan gejala, hiperglikemia</p> <p>2.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>2.6 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</p> <p>2.7 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>2.8 Anjurkan kepatuhan Terhadap diet dan olahraga</p>
3	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam maka diharapkan pola tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan istirahat	<p>Dukungan tidur (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</p> <p>3.3 Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu</p>

		tidak cukup menurun	<p>tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <p>3.5 Batas waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>3.6 Menetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>3.7 Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>Edukasi</p> <p>3.8 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>3.9 Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</p>
4	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) meningkat dengan kriteria hasil : 1. perilaku sesuai anjuran meningkat 2. pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	<p>Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>4.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>4.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>4.5 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>4.6 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>4.7 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
5	Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam maka diharapkan tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan,</p>

	<p>menurun</p> <p>3. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>4. Jatuh saat dipindahkan menurun</p> <p>5. Jatuh saat di kamar mandi menurun</p>	<p>gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>5.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu</p> <p>5.4 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6 Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)</p> <p>Edukasi</p> <p>5.7 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>5.8 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>
--	---	---

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

Klien 1

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari : Kamis Tanggal : 27 april 2023 Jam : 08.00	1.1 menanyakan pada klien adanya nyeri atau keluhan fisik yang mempersulit pergerakan	Klien mengatakan memiliki riwayat stroke sehingga klien membutuhkan bantuan orang lain
	1.2 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan	Klien mengatakan untuk melakukan beberapa aktivitas seperti mandi dan mencuci pakaian membutuhkan bantuan orang lain.
Hari : Kamis Tanggal : 27 april	2.1 menanyakan pada klien	Klien mengatakan dulu sering

2023 Jam : 11.00	kemungkinan penyebab hiperglikemia dari pola hidup atau faktor lainnya	mengkonsumsi makanan dan minuman yang manis sebelum mengetahui klien menderita Diabetes Melitus
	2.3 menanyakan dan mengamati tanda dan gejala hiperglikemia pada klien	Klien mengatakan merasa sering haus dan merasa mudah lapar
	4.1 menanyakan pada klien pengetahuan seputar penyakit dan kondisinya	Klien mengatakan tidak mengetahui tentang makanan apa saja yang dapat menaikkan kadar gula darah selain itu klien mengatakan tidak mengetahui apa yang harus dilakukan untuk kondisinya saat ini
Hari : Kamis Tanggal : 27 april 2023 Jam : 15.00	2.4 menghitung dan mencatat intake dan output cairan klien selama 24 jam	Klien mengatakan minum sebanyak 4 gelas per hari dan makan 3 kali serta jajan kurang lebih 1 kali, klien mengatakan buang air kecil lebih dari 5 kali dan buang air besar 1 kali per 2 hari
	5.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh pada klien	Klien mengatakan ekstremitas sebelah kirinya sangat sulit digerakkan, klien juga nampak menggunakan alat bantu berupa kursi roda
	5.2 mengamati faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh pada klien	Nampak lingkungan klien beralaskan keramik yang cukup licin
	5.3 melakukan pengkajian dengan cara menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala	Setelah dihitung, skor resiko jatuh dengan skala morse pada klien 1 adalah 40 termasuk kategori sedang
Hari : Jumat Tanggal : 28 april 2023 Jam : 08.00	2.2 melakukan perhitungan kadar glukosa darah pada klien	Setelah dilakukan perhitungan kadar glukosa darah pada klien 1 di dapatkan hasil 260mg/dL
	2.3 menghitung dan	Klien mengatakan minum

mencatat intake dan output cairan klien selama 24 jam

sebanyak 5 gelas per hari dan makan 2 kali serta jajan kurang lebih 1 kali, klien mengatakan buang air kecil lebih dari 7 kali dan buang air besar 1 kali per 2 hari

<p>Hari : Jumat Tanggal : 28 april 2023 Jam : 11.00</p>	<p>1.2 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>2.2 melakukan pengukuran kadar gula darah menggunakan alat GCU</p> <p>2.6 mengingatkan klien untuk mencukupi cairan oral</p>	<p>Klien nampak mampu melakukan gerakan sederhana dengan bantuan orang lain</p> <p>Setelah dilakukan perhitungan kadar glukosa darah pada klien 1 di dapatkan hasil 258 mg/dL</p> <p>Klien mengatakan cukup banyak minum air</p>
<p>Hari : Jumat Tanggal : 28 april 2023 Jam : 15.00</p>	<p>4.1 menanyakan pada klien apakah bersedia menerima informasi</p> <p>4.3 menanyakan pada klien kapan klien bersedia untuk dilakukan pendidikan kesehatan</p> <p>5.5 membantu klien mendekatkan barang – barang yang sering digunakan di dekat tempat tidur</p>	<p>Klien mengatakan bersedia dilakukan pendidikan kesehatan</p> <p>Klien mengatakan mau dilakukan pendidikan kesehatan esok hari</p> <p>Barang -barang seperti gelas minum, kipas pegangan, dan obat -obat di taruh di sebelah tempat tidur klien</p>
<p>Hari : Sabtu Tanggal : 29 april 2023 Jam : 08.00</p>	<p>1.8 menanyakan pada klien apakah bersedia melakukan mobilisasi dini untuk melatih otot dan sendi agar tidak kaku</p> <p>1.7 menjelaskan pada klien tujuan dari prosedur mobilisasi</p> <p>4.7 mengingatkan klien untuk hidup bersih dan melakukan gerakan-gerakan</p>	<p>Klien mengatakan mau dibantu melakukan mobilisasi dini yaitu duduk diatas kasur</p> <p>Klien mengatakan mengerti apa tujuan dilakukan mobilisasi dini</p> <p>Klien merasa senang karena diingatkan</p>

agar sendi dan otot tidak kaku

<p>Hari : Sabtu Tanggal : 29 april 2023 Jam : 11.00</p>	<p>1.9 membantu klien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk dari tempat tidur</p>	<p>Klien nampak masih kesulitan untuk duduk dari tempat tidur secara mandiri</p>
	<p>1.4 mengamati kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi</p>	<p>Klien nampak bernafas lebih cepat ketika melakukan mobilisasi</p>
	<p>2.2 melakukan pengukuran kadar gula darah menggunakan alat GCU</p>	<p>Kadar gula darah klien adalah 253mg/dL</p>
	<p>5.4 mengamati kemampuan klien melakukan perpindahan</p>	<p>Klien nampak kesulitan saat melakukan perpindahan saat diatas kursi roda</p>
<p>Hari : Sabtu Tanggal : 29 april 2023 Jam : 15.00</p>	<p>4.2 melakukan pendidikan kesehatan tentang kondisi dan kesehatan klien</p>	<p>Klien mengatakan senang dengan dilakukannya pendidikan kesehatan, klien mengatakan mengetahui makanan apa yang sebaiknya dikurangi agar gula darah tidak tinggi selain itu klien mengetahui cara melakukan latihan rentan gerak</p>
	<p>4.4 memberikan klien kesempatan untuk bertanya</p>	<p>Klien bertanya apakah dia harus melakukan latihan rentan gerak ROM setiap hari</p>
	<p>5.5 mengingatkan klien untuk berhati hati saat berpindah dari tempat tidur dan mendekatkan barang - barang klien di dekat tempat tidur</p>	<p>Klien mengatakan akan lebih berhati hati saat berpindah</p>
	<p>5.6 membantu klien menggunakan alat bantu berjalan</p>	<p>Klien nampak kesulitan saat berjalan dan harus di bantu 1 mahasiswa</p>
<p>Hari : Selasa Tanggal : 02 mei 2023 Jam : 08.00</p>	<p>2.4 melakukan pencatatan dengan menanyakan intake</p>	<p>Klien mengatakan minum lebih sedikit sekitar 4 gelas dan</p>

	dan output cairan klien selama 24 jam	makan 3 kali sehari, klien mengatakan BAK sebanyak 5 kali dalam sehari dan tidak BAB
	2.8 mengingatkan klien untuk mengikuti diet dan olahraga yang disarankan secara rutin	Klien mengatakan mulai membatasi konsumsi teh manis
	1.2 menanyakan bagaimana perkembangan toleransi fisik klien dalam melakukan pergerakan	Klien mengatakan masih kesulitan untuk duduk diatas kasur secara mandiri
	4.4 menanyakan kembali tentang materi pendidikan kesehatan yang di ingat klien	Klien dapat menjawab apa saja makanan yang harus dikurangi atau dihindari pada diet rendah gula, klien juga dapat menyebutkan kembali manfaat melakukan ROM atau mobilisasi dini secara rutin
Hari : Selasa Tanggal : 02 mei 2023 Jam : 11.00	2.3 menanyakan pada klien tanda gejala yang dirasakan	Klien mengatakan masih sering merasa haus dan lapar di malam hari
	2.2 melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah dengan alat GCU	Hasil pemeriksaan glukosa darah klien adalah 279 mg/dL
	2.5 mengingatkan klien untuk konsumsi cairan dengan cukup	Klien mengatakan sudah minum air 2 gelas hari ini
	5.2 membantu dan mengamati kemampuan berpindah klien	Klien mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dengan bantuan mahasiswa
	5.7 memberitahu klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin	Klien mengatakan biasanya tidak menggunakan alas kaki
Hari : Selasa Tanggal : 02 mei 2023 Jam : 15.00	4.7 mengingatkan klien strategi untuk hidup bersih dan melakukan gerakan-gerakan agar sendi dan otot tidak kaku	Klien mengatakan akan melakukan strategi hidup bersih dan rutin melatih anggota gerakanya

	5.8 menganjurkan klien untuk berkonsentrasi saat melakukan perpindahan	Klien mengatakan akan lebih berhati hati saat berpindah agar tidak terjatuh
	1.5 membantu klien menyiapkan alat bantu gerak	Klien kesulitan untuk berjalan perlahan dengan alat bantu kruk
	1.9 mengingatkan klien untuk lebih sering melakukan mobilisasi sederhana	Klien mengatakan agak lebih sering melakukan mobilisasi sederhana
Hari : Rabu Tanggal : 03 mei 2023 Jam : 08.00	1.4 mengamati kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Klien nampak bernapas lebih cepat saat melakukan mobilisasi
	1.8 menganjurkan klien tetap melakukan mobilisasi kedepannya	Klien mengatakan akan berusaha untuk melakukan mobilisasi dini
	4.7 mengingatkan klien untuk hidup bersih dan melakukan gerakan-gerakan agar sendi dan otot tidak kaku	Klien mengatakan akan melakukan hidup bersih
Hari : Rabu Tanggal : 03 mei 2023 Jam : 11.00	2.7 menganjurkan klien untuk memonitor kadar gula darah secara mandiri	Klien mengatakan akan meminta pihak panti untuk rutin melakukan pemeriksaan kadar gula darah dirinya
	2.8 mengingatkan klien untuk melakukan diet dan senam kaki	Klien mengatakan akan rutin melakukan diet dan senam kaki
Hari : Rabu Tanggal : 03 mei 2023 Jam : 15.00	5.7 mengingatkan klien memakai alas kaki yang tidak licin saat berjalan di lantai	Klien mengatakan mulai menggunakan las kaki yang tidak licin
	5.8 menganjurkan klien untu berhati hati dan konsentrasi saat melakukan perpindahan atau mobilisasi	Klien mengatakan akan berhati hati dan berkonsentrasi saat melakukan perpindahan
Klien 2		
Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi

<p>Hari : Kamis Tanggal : 27 april 2023 Jam : 08.00</p>	<p>1.1 menanyakan pada klien adanya nyeri atau keluhan fisik yang mempersulit pergerakan</p> <p>1.2 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>1.3 memeriksa tekanan darah dan frekuensi napas klien setelah melakukan mobilisasi</p> <p>1.4 mengamati kondisi umum klien saat melakukan mobilisasi</p>	<p>Klien mengatakan tidak ada nyeri hanya saya bagian kanan sulit digerakkan</p> <p>Klien mengatakan mampu untuk berjalan namun dirinya jarang berjalan karena merasa lemas</p> <p>Setelah melakukan pergerakan HR: 101x/menit , RR : 22x/menit</p> <p>Klien nampak lemas saat melakukan pergerakan</p>
<p>Hari : Kamis Tanggal : 27 april 2023 Jam : 11.00</p>	<p>3.4 mengatur lingkungan klien agar nyaman untuk beristirahat karena klien merasa ngantuk dan lemas</p>	<p>Klien mengatakan ingin tidur terlebih dahulu</p>
<p>Hari : Kamis Tanggal : 27 april 2023 Jam : 15.00</p>	<p>3.1 menanyakan pada klien pola aktivitas dan pola tidur klien</p> <p>4.1 menanyakan pada klien pengetahuan seputar penyakit dan kondisinya</p>	<p>Klien mengatakan jarang tidur di malam hari dan lebih suka bermain hp dan sering tidur di pagi sampai siang hari karena merasa lemas</p> <p>Klien mengatakan pernah mengalami stroke sebelumnya yang membuat bagian kanannya terasa sulit digerakkan</p>
<p>Hari : Jumat Tanggal : 28 april 2023 Jam : 08.00</p>	<p>5.1 mencari tahu faktor risiko jatuh yang ada pada klien</p> <p>5.2 memperhatikan lingkungan klien yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p>	<p>Klien mengatakan memiliki keterbatasan bergerak karena anggota gerak sebelah kanannya sulit digerakkan klien juga tidur di tempat tidur yang cukup tinggi dan klien menggunakan alat bantu kruk untuk bergerak</p> <p>Klien tidur di tempat tidur yang cukup tinggi, kamar klien dekat dengan kamar mandi yang dapat berkemungkinan menyebabkan</p>

		lantai licin
	5. 4 mengamati kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi dan sebaliknya	Klien nampak mampu berpindah posisi dari tidur ke posisi duduk secara mandiri namun terlihat tetap kesulitan, klien juga memerlukan bantuan saat berjalan
Hari : Jumat Tanggal : 28 april 2023 Jam : 11.00	5.3 menghitung risiko jatuh dengan skala	Setelah menghitung skor resiko jatuh degan skala morse didapatkan hasil 40 dengan kategori resiko jatuh sedang
	3.4 mengatur lingkungan klien agar nyaman untuk beristirahat karena klien merasa ngantuk	Klien mengatakan senang bila dibantu memodifikasi lingkungannya sehingga nyaman beristirahat
Hari : Jumat Tanggal : 28 april 2023 Jam : 15.00	3.5 menanyakan pada klien untuk melakukan pembatasan waktu tidur siang	Klien mengatakan mau apabila dilakukan pembatasan waktu tidur tapi ingin dilakukan secara berangsur angsur
	3.6 menganjurkan klien untuk menepati jadwal tidur rutin yaitu pada jam 22.00 malam	Klien mengatakan kesulitan tidur di jam 22.00 malam namun dia mencoba untuk tidak bermain handphone setelah jam 22.00 malam
	4.3 menanyakan ada klien apakah mau jika dilakukan pendidikan kesehatan	Klien mengatakan mau jika dilakukan pendidikan kesehatan
Hari : Sabtu Tanggal : 29 april 2023 Jam : 08.00	1.5 membantu klien melakukan mobilisasi dengan alat bantu kruk untuk pergi ke kamar mandi dan keluar kamar	Klien mengatakan meskipun kesulitan namun ia masih bisa berjalan dengan alat bantu kruk dan bantuan mahasiswa terkadang
	1.6 membantu klien untuk bergerak menggunakan kruk miliknya	Klien mengatakan jarang bergerak sehingga cukup sulit berjalan dengan kruk
	4.2 melakukan pendidikan kesehatan tentang kondisi dan kesehatan klien	Klien mengatakan senang mengetahui cara memperbaiki tidur klien juga mengatakan

		mau melakukan latihan rentang gerak ROM agar kaki kanan nya tidak kaku
	4.4 memberikan klien kesempatan untuk bertanya	Klien mengatakan apakah ROM bisa dilakukan setiap hari
Hari : Sabtu Tanggal : 29 april 2023 Jam : 11.00	3.5 menanyakan pada klien untuk melakukan pembatasan waktu tidur siang	Klien mengatakan ingin melakukan pembatasan waktu tidur siang dengan bercerita dengan mahasiswa sampai jam 12 siang
	1.9 membantu klien melakukan mobilisasi ringan guna mengurangi waktu tidur siang (ROM dan berjalan keluar kamar)	Klien melakukan ROM dengan baik, klien juga mau diajak keluar untuk mengurangi waktu tidur siang
Hari : Sabtu Tanggal : 29 april 2023 Jam : 15.00	1.9 membantu klien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk dari tempat tidur dan melakukan ROM	Klien nampak dapat melakukan duduk dari tempat tidur secara mandiri. Klien juga nampak senang melakukan latihan rentang gerak ROM
	3.6 menganjurkan klien untuk menepati jadwal tidur rutin yaitu pada jam 22.00 malam	Klien mengatakan akan mencoba tidur di jam 22.00 malam
	3.9 menganjurkan klien untuk tidak konsumsi makanan atau minuman yang menghambat tidur	Klien mengatakan jarang meminum kopi
Hari : Selasa Tanggal : 02 mei 2023 Jam : 08.00	1.9 membantu klien mobilisasi sederhana untuk merenggangkan otot dan sendi yang kaku (ROM)	Klien mengatakan senang melakukan latihan peregangan otot dan dia melakukannya setelah sarapan
Hari : Selasa Tanggal : 02 mei 2023 Jam : 11.00	3.5 mengingatkan pada klien untuk melakukan pembatasan waktu tidur siang	Klien mengatakan mau untuk dilakukan pembatasan tidur siang dengan cara berbincang dengan mahasiswa dan teman satu wisma
	1.9 membantu klien	Klien mengatakan senang

	melakukan mobilisasi ringan guna mengurangi waktu tidur siang (ROM dan berjalan keluar kamar)	melakukan latihan gerak dan berjalan keluar kamar untuk berbincang dengan teman satu wisma
Hari : Selasa Tanggal : 02 mei 2023 Jam : 15.00	4.7 mengajarkan klien perilaku hidup sehat yang dapat dilakukan sehari hari termasuk menepati waktu tidur 5.6 menganjurkan klien untuk mengelap kaki setelah dari kamar mandi 5.7 anjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin	Klien mengatakan paham dan akan mencoba saran-saran yang telah diberikan Klien mengatakan menggunakan keset setelah dari kamar mandi Klien mengatakan akan mencoba menggunakan alas kaki
Hari : Rabu Tanggal : 03 mei 2023 Jam : 08.00	4.4 menanyakan pada klien apakah ada informasi mengenai kesehatan yang klien butuhkan 1.6 membantu klien melakukan mobilisasi sederhana dan ROM	Klien mengatakan cukup dan nanti jika ada pertanyaan akan ditanyakan Klien mengatakan senang melakukan mobilisasi dini dan latihan rentang gerak ROM di pagi hari setelah sarapan
Hari : Rabu Tanggal : 03 mei 2023 Jam : 11.00	3.6 mengingatkan klien untuk mengurangi waktu tidur siangnya 5.8 menganjurkan klien untuk berkonsentrasi saat beraktivitas	Klien mengatakan mampu melakukan pengurangan waktu tidur siang hanya menjadi 1 jam saja Klien mengatakan akan berkonsentrasi dalam beraktivitas agar tidak terjatuh
Hari : Rabu Tanggal : 03 mei 2023 Jam : 15.00	3.8 mengingatkan klien untuk terus menepati jadwal tidur 4.7 mengingatkan klien untuk hidup sehat dan bersih 1.8 mengingatkan klien	Klien mengatakan akan menepati waktu tidur di jam 22.00 malam Klien mengatakan akan melakukan hidup sehat dan bersih dimulai dari menepati waktu tidur dan mandi sehari 2 kali Klien mengatakan melakukan latihan rentang gerak secara

untuk rutin melakukan mobilisasi dini seperti melakukan ROM rutin setelah sarapan

4.1.6 Evaluasi

Table 4.10 Evaluasi Tindakan Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan				
Kamis, 27 April 2023	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan mengeluh nyeri	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat stroke sehingga klien membutuhkan bantuan orang lain - Klien mengatakan untuk melakukan beberapa aktivitas seperti mandi dan mencuci pakaian membutuhkan bantuan orang lain. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien beraktifitas berjalan menggunakan bantuan kursi roda - Keadaan umum baik - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan GDS :260 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 80x/menit - S : 35,8°C - RR : 21x/menit <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi.</p>	1	5	1	5
1	5					
1	5					
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan kadar glukosa darah/urin tinggi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Melitus sejak tahun 2022 - Klien mengatakan dulu sering mengonsumsi makanan dan minuman yang manis sebelum mengetahui klien menderita Diabetes Melitus <p>O :</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 260 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 80x/menit - S : 35,8°C - RR : 21x/menit <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemi.</p>				
Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mengetahui tentang makanan apa saja yang dapat menaikkan kadar gula darah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 260 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 80x/menit - S : 35,8°C - RR : 21x/menit <p>A : Defisit pengetahuan belum teratasi P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan.</p>				
Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memiliki riwayat stroke yang dimana klien membutuhkan bantuan orang lain untuk menyelesaikan beberapa aktivitas - Klien mengatakan tidak ada riwayat jatuh selama berada di panti <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pengkajian risiko jatuh dengan skor 40 yaitu risiko jatuh sedang - Keadaan umum baik - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan GDS : 260 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 80x/menit - S : 35,8°C - RR : 21x/menit <p>A : Risiko jatuh teratasi</p>	1	5	1	5
1	5				
1	5				

Jumat, 28 April 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan gerakan terbatas	<p>sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pencegahan jatuh.</p> <hr/> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan untuk beberapa aktivitas dapat dilakukan secara mandiri dan beberapa aktivitas lainnya membutuhkan bantuan dari orang lain. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi nampak kesulitan - Keadaan umum baik - Kekuatan otot 				
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">1</td> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> </tr> </table>	1	5	1	5
1	5					
1	5					
		<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan GDS : 258 mg/dl - TD : 120/70 mmHg - N : 83x/menit - S : 36/2°C - RR : 20x/menit <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p> <hr/>				
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan kadar glukosa dalam darah/urin tinggi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering minum air putih, dalam 24 jam, dan pasien mengatakan mengganti pampers <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 258 mg/dl - TD : 120/70 mmHg - N : 83x/menit - S : 36,2°C - RR : 20x/menit <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemi.</p> <hr/>				
	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menyetujui untuk dilakukannya pendidikan kesehatan tentang Diabetes Melitus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik 				

		<ul style="list-style-type: none"> – Pemeriksaan GDS : 258 mg/dl – TD : 120/70 mmHg – N : 83x/menit – S : 36,2°C – RR : 20x/menit <p>A : defisit pengetahuan teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</p>				
	Risiko jatuh dibuktikan kekuatan otot menurun	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi roda secara mandiri dan terkadang butuh bantuan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lantai wisma selalu bersih dan tidak licin – Keadaan umum baik – Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	1	5	1	5
1	5					
1	5					
		<ul style="list-style-type: none"> – pemeriksaan fisik GDS : 258 mg/dl – TD : 120/70 mmHg – N : 83x/menit – S : 36,2°C – RR : 20x/menit <p>A : Risiko jatuh teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh.</p>				
Sabtu, 29 April 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan gerakan terbatas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien mengatakan nyeri pada luka bagian telapak kaki kanan bagian belakang – Klien mengatakan dapat melakukan beberapa aktivitas secara mandiri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> – Keadaan umum baik – Pemeriksaan GDS : 253 mg/dl – TD : 110/60 mmHg – N : 85x/menit – S : 36,5°C – RR : 21x/menit <p>A : Gangguan mobilitas fisik</p>	1	5	1	5
1	5					
1	5					

<p>Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan kadar glukosa dalam darah/urin tinggi</p>	<p>teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p> <hr/> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering buang air kecil dan juga sering merasa haus - Klien mengatakan dahulu menyukai makanan dan minuman yang manis-manis <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 253 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 85x/menit - S : 36,5°C - RR : 21x/menit <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p>
<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memahami informasi yang telah diberikan terkait penyakitnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menunjukkan perilaku yang kooperatif dan mau menerima saran - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 253 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 85x/menit - S : 36,5°C - RR : 21x/menit <p>A : Defisit pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</p>
<p>Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak memiliki riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir - Klien memiliki riwayat pasca stroke <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi kaku, dan rentang gerak terbatas - Klien butuh bantuan orang lain untuk melakukan beberapa aktivitas seperti mandi,

Selasa, 02 Mei 2023	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan gerakan terbatas	<p>mencuci baju</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 253 mg/dl - TD : 110/60 mmHg - N : 85x/menit - S : 36,5°C - RR : 21x/menit <p>A : Risiko jatuh teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh</p>				
		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dapat melakukan beberapa pergerakan secara mandiri seperti berpindah tempat, memakai baju dan sebagainya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan mobilisasi dengan bantuan kursi roda - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="975 981 1190 1099"> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 279 mg/dl - TD : 153/83 mmHg - N : 75x/menit - S : 36°C - RR : 20x/menit <p>A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p>	2	5	2	5
2	5					
2	5					
	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan kadar glukosa dalam darah/urin tinggi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering minum air putih, dalam 24 jam sekitar 2.300 ml yang pasien minum, pasien mengatakan sering buang air kecil pengeluaran selama 24 jam sekitar 1.800 ml dengan mengganti pampers 3x sehari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien suka ikut kegiatan senam di panti yang dilaksanakan 2 kali dalam seminggu - Keadaan umum baik 				

		<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan GDS : 279 mg/dl - TD : 153/83 mmHg - N : 75x/menit - S : 36°C - RR : 20x/menit <p>A : ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia</p>				
	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bertanya terkait makanan yang akan dikonsumsi apakah boleh atau tidak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - Pemeriksaan GDS : 279 mg/dl - TD : 153/83 mmHg - N : 75x/menit - S : 36°C - RR : 20x/menit <p>A : defisit pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</p>				
	Risiko jatuh dibuktikan kekuatan otot menurun	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda perlu bantuan bangku <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memiliki tempat tidur dengan posisi rendah - Klien berjalan menggunakan kursi roda - Keadaan umum baik - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan GDS : 279 mg/dl - TD : 153/83 mmHg - N : 75x/menit - S : 36°C - RR : 20x/menit <p>A : risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh</p>	2	5	2	5
2	5					
2	5					
Rabu, 3 Mei 2023	gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih butuh bantuan orang lain 				

dibuktikan dengan gerakan terbatas

jika melakukan aktivitas seperti mandi, dan mencuci pakaian

- Klien dapat melakukan beberapa mobilisasi yang ringan-ringan saja

O :

- Kekuatan otot

2	5
2	5

- Keadaan umum baik
- Pemeriksaan GDS : 235 mg/dl
- TD : 128/67 mmHg
- N : 79x/menit
- S : 36,8°C
- RR : 21x/menit

R : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

S :

Klien mengatakan sering minum air putih dari pada teh dan menjaga pola makannya dengan mengurangi konsumsi jajan dan rutin minum obat

O :

Klien suka ikut kegiatan senam di panti yang dilaksanakan 2 kali dalam seminggu

Keadaan umum baik
Pemeriksaan GDS : 235 mg/dl

TD : 153/83 mmHg

N : 75x/menit

S : 36C

RR : 20x/menit

A : ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi manajemen hiperglikemia

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi

S :

- Klien mengatakan terkait makanan yang akan dikonsumsi apakah boleh atau tidak setelah diberi tahu
- Klien mengatakan sudah mengikuti saran agar mengurangi masalah sendi dan kekakuan otot dengan rutin melakukan

ROM dan mobilisasi dini
 O :
 – Keadaan umum baik
 – Klien nampak mengikuti saran yang telah di berikan untuk memperbaiki kondisi kesehatannya
 – Pemeriksaan GDS : 235mg/dl
 – TD : 153/83 mmHg
 – N : 75x/menit
 – S : 36°C
 – RR : 20x/menit
 A : defisit pengetahuan teratasi
 P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan

Risiko jatuh dibuktikan kekuatan otot menurun

S :
 - Klien mengatakan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda perlu bantuan bangku
 O :
 - Klien memiliki tempat tidur dengan posisi rendah
 - Klien berjalan menggunakan kursi roda
 – Keadaan umum baik
 – Kekuatan otot

2	5
2	5

 – Pemeriksaan GDS : 235 mg/dl
 – TD : 153/83 mmHg
 – N : 75x/menit
 – S : 36°C
 – RR : 20x/menit
 A : risiko jatuh teratasi
 P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh

Klien 2

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Catatan Perkembangan
Kamis, 27 April 2023	Gangguan mobilitas fisik	S : – Klien mengatakan memiliki riwayat stroke sehingga klien membutuhkan bantuan orang lain – Klien mengatakan untuk melakukan beberapa aktivitas seperti mandi dan mencuci pakaian

mebutuhkan bantuan orang lain.

O :

- Klien beraktifitas berjalan menggunakan bantuan kruk
- Keadaan umum baik
- Kekuatan otot

5	4
5	3

- TD : 110/60 mmHg
- N : 80x/menit
- S : 35,8°C
- RR : 21x/menit

A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan Intervensi dukungan mobilisasi.

Gangguan pola tidur

S :

- Klien mengatakan malam hari tidur hanya kurang lebih 3 jam saja
- Klien mengatakan tidak tahu mengapa tidak bisa tertidur pada malam hari

O :

- Klien nampak kelelahan dipagi hari
- Keadaan umum baik
- TD : 160/70 mmHg
- N : 87x/menit
- S : 36,4°C
- RR : 22x/menit

A : Gangguan pola tidur belum teratasi

P : lanjutkan intervensi dukungan tidur

defisit pengetahuan

S :

- Klien mengatakan tidak mengetahui tentang apa saja hal tentang peregangan otot.
- Klien mengatakan tidak mengetahui penyebab badannya kaku
- Klien setuju dilakukannya pendidikan kesehatan tentang ROM

O :

- Keadaan umum baik
- TD : 160/70 mmHg
- N : 87x/menit
- S : 36,5°C
- RR : 22x/menit

	<p>Risiko jatuh</p>	<p>A : Defisit pengetahuan belum teratasi P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan.</p> <hr/> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berusia 62 tahun dan klien mengatakan kurang dapat menjaga keseimbangan ketika berjalan. - Klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat jatuh selama berada di wisma. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pengkajian pada risiko jatuh dengan skor 40 yaitu risiko jatuh sedang - Keadaan umum baik - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1007 891 1145 987"> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/70 mmHg - N : 87x/menit - S : 36,5°C - RR : 22x/menit <p>A : risiko jatuh belum teratasi P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh</p>	5	4	5	3
5	4					
5	3					
<p>Jumat, 28 April 2023</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan untuk beberapa aktivitas dapat dilakukan secara mandiri dan beberapa aktivitas lainnya membutuhkan bantuan dari orang lain. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi baik - Keadaan umum baik - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1007 1626 1145 1722"> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/70 mmHg - N : 83x/menit - S : 36/2°C - RR : 20x/menit <p>A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p>	5	4	5	3
5	4					
5	3					
	<p>Gangguan pola tidur</p>	<p>S :</p>				

- Klien mengatakan pada malam hari dengan kondisi lampu yang menyala
- Klien mengatakan tidak mengonsumsi minuman berkafein atau minuman pengganggu tidur lainnya, tetapi klien mengonsumsi air putih dalam jumlah yang banyak sebelum tidur.

O :

- Keadaan umum baik
- TD : 150/90 mmHg
- N : 82x/menit
- S : 36,5°C
- RR : 20x/menit

A : Gangguan pola tidur belum teratasi

P : lanjutkan intervensi dukungan tidur

Defisit pengetahuan

S :

- Klien menyetujui untuk dilakukan pendidikan kesehatan
- Klien sudah siap untuk dilakukannya pendidikan kesehatan tentang ROM

O :

- Lantai wisma selalu bersih dan tidak licin, dengan penerangan yang cukup
- Keadaan umum baik
- TD : 150/90 mmHg
- N : 82x/menit
- S : 36,5°C
- RR : 20x/menit

A : defisit pengetahuan teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan.

Risiko Jatuh

S :

- Klien mengatakan tidak menggunakan alas kaki jika berada dalam wisma

O :

- Lantai wisma selalu bersih dan tidak licin, dengan penerangan yang cukup
- Keadaan umum baik
- Kekuatan otot

5	4
5	3

- TD : 159/90 mmHg
 - N : 82x/menit
 - S : 36,5°C
 - RR : 20x/menit
- A : risiko jatuh teratasi sebagian
P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh

Sabtu, 29 April 2023

Gangguan mobilitas fisik

S :

- Klien mengatakan nyeri pada luka bagian telapak kaki kanan bagian belakang
- Klien mengatakan dapat melakukan beberapa aktivitas secara mandiri.

O :

- Kekuatan otot

5	4
5	3

- Keadaan umum baik
- TD : 110/60 mmHg
- N : 85x/menit
- S : 36,5°C
- RR : 21x/menit

A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian
P : lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi

Gangguan pola tidur

S :

- Klien mengatakan tidur hanya 3 jam saja dan sering terbangun ketika tidur

O :

- Keadaan umum baik
- TD : 150/80 mmHg
- N : 80x/menit
- S : 36,4°C
- RR : 22x/menit

A : gangguan pola tidur teratasi sebagian
P : lanjutkan intervensi dukungan tidur

Defisit pengetahuan

S :

- Klien mengatakan menerima untuk dilakukan pendidikan kesehatan tentang ROM

O :

- Klien sangat aktif bertanya saat

dilakukannya pendidikan kesehatan

- Keadaan umum
- TD : 150/80 mmHg
- N : 80x/menit
- S : 36,4°C
- RR : 22x/menit

A : defisit pengetahuan teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan

Risiko jatuh

S :

- Klien mengatakan tidak memiliki riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir
- Hasil pengkajian risiko jatuh dengan skor 40 yaitu jatuh risiko jatuh sedang

O :

- Klien dapat menjaga keseimbangan pada saat berjalan
- Keadaan umum baik
- Kekuatan otot

5	4
5	3

- TD : 150/80 mmHg
- N : 80x/menit
- S : 36,4°C
- RR : 22x/menit

A : risiko jatuh teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh

Selasa, 2 mei 2023

Gangguan mobilitas fisik

S :

- Klien mengatakan dapat melakukan beberapa pergerakan secara mandiri seperti berpindah tempat, memakai baju dan sebagainya.

O :

- Klien melakukan mobilisasi dengan bantuan kursi roda
- Kekuatan otot

5	4
5	4

- Keadaan umum baik
- TD : 153/83 mmHg
- N : 75x/menit
- S : 36°C

	<ul style="list-style-type: none"> – RR : 20x/menit A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi 				
Gangguan pola tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien mengatakan tidur siang hanya 1 jam saja – Klien mengatakan tidur pada jam 22 malam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien memiliki kamar pribadi dengan lingkungan yang dimodifikasi nyaman mungkin – Keadaan umum baik – TD : 140/80 mmHg – N : 88x/menit – S : 36,9°C – RR : 21x/menit <p>A : gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi dukungan tidur</p>				
Defisit pengetahuan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien menanyakan beberapa hal yang berkaitan dengan penyakitnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien kurang mengetahui tentang penyakitnya – Keadaan umum baik – TD : 140/80 mmHg – N : 88x/menit – S : 36,9°C – RR : 21x/menit <p>A : defisit pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan</p>				
Risiko jatuh	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klien mengatakan dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri tanpa bantuan orang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Posisi tempat tidur klien pada posisi terendah – Klien menggunakan kruk – Keadaan umum baik – Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> </tbody> </table>	5	4	5	4
5	4				
5	4				

Rabu, 3 mei 2023	Gangguan mobilitas fisik	<ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/80 mmHg - N : 90x/menit - S : 36,5°C - RR : 20x/menit <p>A : risiko jatuh belum teratasi P : lanjutkan intervensi pencegahan jatuh.</p>				
	Gangguan mobilitas fisik	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih butuh bantuan orang lain jika melakukan aktivitas seperti mandi, dan mencuci pakaian - Klien dapat melakukan beberapa mobilisasi yang ringan-ringan saja - Klien mengatakan rutin melakukan latihan ROM setelah sarapan setiap hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak dapat melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1007 1032 1145 1144" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum baik - TD : 128/67 mmHg - N : 79x/menit - S : 36,8°C - RR : 21x/menit <p>R : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi</p>	5	4	5	4
5	4					
5	4					
	Gangguan pola tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat mengatur posisi yang nyaman untuk dirinya sendiri - Klien mengatakan sudah menepati waktu tidur malam di jam 22 malam dan sebisa mungkin mengurangi waktu tidur siang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti anjuran yang diberitahukan - Klien nampak segardi pagi hari - Keadaan umum baik 				

- TD : 130/80 mmHg
 - N : 90x/menit
 - S :36,5°C
 - RR : 20x/menit
- A : gangguan pola tidur teratasi
P : lanjutkan intervensi dukungan tidur

Defisit pengetahuan

- S :
- Klien mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
 - Klien mengatakan selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan
- O :
- Klien memahami dengan baik strategi yang diajarkan
 - Keadaan umum baik
 - TD : 130/80 mmHg
 - N : 90x/menit
 - S : 36,5°C
 - RR : 20x/menit
- A : defisit pengetahuan teratasi
P : lanjutkan intervensi edukasi kesehatan

Risiko jatuh

- S :
- Klien tidak menggunakan alas kaki di dalam rumah
 - Klien mengatakan lantai selalu dipel setidaknya harinya untuk menjaga kebersihan.
- O :
- Klien dapat berkonsentrasi dengan baik untuk menjaga keseimbangan
 - Keadaan umum baik
 - Kekuatan otot
- | | |
|---|---|
| 5 | 4 |
| 5 | 4 |
- TD : 130/80 mmHg
 - N : 90x/menit
 - S : 36,5°C
 - RR : 20x/menit
- A : risiko jatuh teratasi

4.2 Pembahasan

4.2.1 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Setelah dilakukan pengkajian, didapatkan data klien 1 mengatakan sulit untuk menggerakkan anggota gerak yang mengalami kelemahan terutama anggota gerak bagian kiri, klien mengatakan tidak kuat berjalan jauh, klien terlihat berpindah dengan kursi roda, klien didampingi, kekuatan otot menurun dan dibantu oleh mahasiswa saat akan berjalan jauh. Hasil pengkajian klien 2 mengatakan tidak dapat berdiri lama, kekuatan otot menurun dan di bantu oleh mahasiswa saat berjalan.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) gangguan mobilitas fisik dapat didefinisikan keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan gejala penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan muskuloskeletal. Implementasi yang diberikan pada klien 1 dan 2 sesuai dengan intervensi yang dibuat yaitu di lakukan tindakan melatih rentang gerak/ROM, melakukan mobilisasi dini secara rutin, mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi, dan memberikan alat bantu jika klien memerlukan.

Sejalan dengan teori menurut (Amin,2018), gejala yang timbul karena Stroke yaitu mengalami kelemahan dan kelumpuhan, tiba-tiba hilang rasa kepekaan, bicara pelo atau cadel, gangguan bicara. Data tersebut sesuai dengan teori Hastini (2016) perubahan normal akibat penuaan ini paling jelas terlihat pada sistem muskuloskeletal berupa penurunan otot secara keseluruhan pada usia 80 tahun mencapai 30%-80%. Perubahan ini menyebabkan hambatan mobilitas fisik pada lansia. Dampak fisik dari hambatan mobilitas fisik paling jelas terlihat pada sistem muskuloskeletal berupa penurunan kekuatan dan ketangkasan otot, kontraktur yang membatasi mobilitas sendi, kekakuan dan nyeri pada sendi.

Penulis berasumsi bahwa data yang didapat di atas sesuai dengan teori, kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot akibat kurangnya peregangan Pasca Stroke sehingga menghambat klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil masalah teratasi sebagian dengan hasil pemeriksaan klien 1 mengatakan melakukan gerakan ROM secara mandiri setelah shalat subuh dan klien 2 melakukan gerakan ROM setelah sarapan, klien 1 dan 2 mengatakan rutin melakukan mobilisasi dibantu dengan mahasiswa lain, dan klien 1 dan 2 juga rutin berjemur setiap pagi serta mengikuti kegiatan senam pagi di panti (dengan kursi). Penulis menyimpulkan pada klien 1 dan 2 dengan Pasca Stroke

dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian

4.2.2 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Setelah dilakukan pengkajian, di dapatkan pada klien 1 ditemukan masalah utama ketidakstabilan kadar glukosa darah, dengan hasil pemeriksaan gula 253 mg/dl, pasien mengeluh sering merasa haus dan sering buang air kecil. Sedangkan tidak di temukan keluhan serupa pada klien 2 di karena kan pola makan klien 2 tidak menyukai makanan terlalu manis dan dalam keluarganya tidak ada riwayat yan menderita DM.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah terjadi karena variasi dimana kadar glukosa darah mengalami kenaikan atau penurunan dari rentang normal yaitu mengalami hiperglikemi atau hipoglikemi (PPNI, 2016). Dari masalah yang muncul penulis berencana melakukan intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI (2018) yaitu manajemen hiperglikemi dengan tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi dan mengelola kadar glukosa darah di atas batas normal. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat, mengukur gula darah, mengukur tekanan darah, mengajak pasien untuk melakukan senam diabetes dan mengedukasi pasien agar tidak mengkonsumsi secara berlebihan makanan dan minuman yang manis

Data tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rismayanti (2021), ada pengaruh pemberian intervensi edukasi diabetes melitus berbasis DSME terhadap penurunan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes Melitus. Berdasarkan data yang telah di dapat penulis berasumsi bahwa terjadinya hiperglikemi pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 adalah kegagalan relative sel β dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperglikemia kronik dan dalam jangka waktu yang panjang dapat terjadi komplikasi yang serius (Raymond, 2016). dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti faktor pasien, pendidik atau pemberi edukasi dan lamanya edukasi yang diberikan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pada klien 1 didapatkan hasil masalah teratasi sebagian dengan hasil pemeriksaan gula darah 238 mg/dL, pasien mengatakan masih sering merasa haus, dan sering buang air kecil, klien juga membatasi konsumsi gula sehari – hari, klien juga sudah diberi edukasi cara pengelolaan diabetes. Penulis menyimpulkan pada klien 1 dengan Pasca Stroke bahwa masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.

4.2.3 Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah dilakukan pengkajian, didapatkan pada klien 2 ditemukan masalah keperawatan gangguan pola tidur dengan keluhan sulit tidur pada malam hari namun sering tidur di pagi sampai siang hari, klien tampak lelah saat pagi hari dan mengatakan kepalanya sering pusing jika terlalu banyak beraktivitas di pagi atau siang hari. Pada klien 1 tidak ditemukan karena klien 1 memiliki kebiasaan baik untuk beraktivitas di waktu pagi, siang dan sore sedangkan di waktu malam untuk beristirahat.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia gangguan pola tidur didefinisikan gangguan kualitas waktu tidur akibat faktor eksternal dengan gejala mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup dan mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Implementasi yang diberikan pada klien 2 sesuai dengan intervensi yang dibuat yaitu dukungan tidur seperti, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan yang nyaman dan tenang, membatasi waktu tidur siang hanya 2 jam saja, menetapkan jadwal tidur rutin, menganjurkan mengikuti senam lansia secara rutin dan menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

Data tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Erna (2016) adanya hubungan antara kerutinan menepati jadwal tidur dengan kualitas tidur lansia. Menepati jadwal tidur yang dilakukan secara rutin dapat meningkatkan kualitas tidur lansia, selain itu membatasi waktu tidur siang dengan mengurangi penggunaan gadget dan melakukan aktifitas di pagi dan siang hari untuk meningkatkan kualitas tidur lansia. Berdasarkan data yang didapatkan penulis berasumsi masalah keperawatan gangguan pola tidur yang dialami dikarenakan jam tidur klien yang terbalik lebih sering tidur di pagi dan siang hari dan di malam hari klien lebih sering bermain gadget.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil masalah teratasi sebagian dengan hasil pemeriksaan klien mengatakan setelah menetapkan jadwal tidur dan di edukasi. Klien mengatakan merasa lebih banyak untuk tidur pada malam hari dan tidak merasa kelelahan di pagi hari. Penulis menyimpulkan pada klien 2 dengan Pasca Stroke dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur masalah teratasi.

4.2.4 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Setelah dilakukan pengkajian, didapatkan hasil klien 1 dan klien 2 dengan Pasca Stroke menunjukkan adanya masalah defisit pengetahuan yang ditandai pada klien 1 mengatakan tidak tahu tentang kondisinya yang menderita Diabetes Mellitus, klien

juga tidak mengetahui diet yang baik bagi penderita diabetes selain itu klien tidak tau bagaimana cara peregangan otot dan sendi /ROM sedangkan pada klien 2 mengatakan tidak tahu apa yang sebaiknya dilakukan setelah mengalami stroke dan cara – cara peregangan otot dan sendi, klien terlihat bingung saat ditanya tentang apa yang harus dilakukan pada kondisi. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia defisit pengetahuan didefinisikan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Data tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti (2022), pendidikan kesehatan efektif meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan responden dalam melaksanakan program diet. Ada perbedaan signifikan pengetahuan pre-test dan post test pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan menggunakan media dan tingkat kepatuhan dalam menjalankan program diet. Ada perbedaan yang signifikan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada post test.

Berdasarkan data yang didapatkan penulis mengasumsikan pada kedua klien dengan Pasca Stroke mengalami masalah keperawatan defisit pengetahuan dikarenakan kurangnya sumber informasi di panti, kurangnya media untuk pembelajaran di panti, dan kurangnya akses untuk mengetahui informasi-informasi terkait kesehatan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama

3 hari didapatkan hasil masalah teratasi dengan hasil pemeriksaan klien 1 mengatakan sudah mengetahui bahwa tidak boleh mengkonsumsi makanan dan minuman manis secara berlebihan, selalu menjaga kebersihan kaki agar tidak terluka, melakukan latihan rentang gerak (ROM) untuk mencegah kekakuan. Hasil pemeriksaan klien 2 mengatakan sudah mengetahui pentingnya menjaga pola hidup sehat, klien juga mengatakan rutin melakukan latihan rentang gerak ROM setiap selesai sarapan. Penulis menyimpulkan pada klien 1 dan klien 2 dengan Pasca Stroke dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan masalah teratasi.

4.2.5 Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun

Saat pengkajian pada klien 1 dan 2 didapatkan diagnosa sekunder klien lebih dari 1 diagnosa pada klien 1, pada klien 1 mengalami penurunan kekuatan otot pada bagian ekstremitas kiri dan penggunaan alat bantu berupa kursi roda sedangkan pada klien 2 mengalami penurunan kekuatan otot pada bagian ekstremitas kanan dan penggunaan alat bantu berupa kruk. Setelah dilakukan tindakan keperawatan seperti menilai perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, menyarankan klien 1 untuk meminta bantuan orang lain untuk melakukan aktivitas seperti mandi dan mencuci pakaian dan mengamati kemampuan klien dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau

sebaliknya. Pada klien 2 dianjurkan untuk berkonsentrasi saat melakukan aktifitas dan selalu menghindari dataran yang licin.

Data tersebut sesuai dengan teori Deniro (2017) usia tua akan mengalami penurunan dalam kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, sehingga fleksibilitas yang dimiliki akan semakin menurun dan menyebabkan resiko jatuh yang lebih besar. Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia risiko jatuh didefinisikan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik yang dibuktikan dengan penyakit kronis (mis. Stroke), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan pertahanan sekunder.

Berdasarkan data yang didapatkan penulis mengasumsikan pada klien 1 dan klien 2 dengan Pasca Stroke mengalami masalah keperawatan risiko jatuh dikarenakan pada kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas dikarenakan pasca stroke. Implementasi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang dibuat yaitu mengidentifikasi risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, menganjurkan menggunakan alat bantu berjalan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil masalah teratasi dengan hasil pemeriksaan klien 1 dan klien 2 mengatakan tidak

ada kejadian jatuh selama berada di wisma. Penulis berasumsi teori tersebut sesuai dengan keadaan klien, dimana kedua klien mengalami penurunan dalam kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Dapat di simpulkan pada klien 1 dan klien 2 dengan Pasca Stroke dengan masalah keperawatan risiko jatuh masalah teratasi.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan Lansia dengan Pasca Stroke di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda Kalimantan Timur di Wisma Melati dan Wisma Teratai tahun 2023, penulis dapat memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua kasus menunjukkan adanya masalah yang sama oleh kedua klien. Umumnya keluhan yang dirasakan klien 1 dirasakan juga oleh klien 2. Tanda dan gejala yang muncul dan dirasakan oleh kedua klien yaitu adanya kekakuan dalam menggerakkan ekstremitas terutama ekstremitas yang terkena stroke sebelumnya dan badan mudah merasa lemes. Hal ini menunjukkan jika seseorang dengan Pasca Stroke memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama yang akan dirasakan oleh penderita lainnya.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua klien terdapat 5 diagnosa. Namun ada 2 diagnosa yang berbeda diantara kedua klien. Kedua klien sama- sama memiliki diagnosa gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan dan risiko jatuh. Diagnosa ini muncul pada kedua klien disebabkan oleh adanya keluhan yang sama yang dirasakan oleh klien. Namun pada klien 1

memiliki 1 diagnosa yang tidak diderita oleh klien 2, diagnosa itu adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah. Pada klien 2 memiliki 1 diagnosa yang tidak diderita oleh klien 2, diagnosa itu adalah gangguan pola tidur. Diagnosa ini muncul pada kedua klien disebabkan oleh adanya kebiasaan buruk yang dilakukan klien

3. Intervensi yang disusun penulis disesuaikan dengan diagnosa yang di angkat. Kedua klien memiliki beberapa diagnosa yang sama seperti gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, dan risiko jatuh. Dari diagnosa yang sama tersebut tidak ditemukan intervensi yang berbeda antara klien 1 dan klien 2. Yang membedakan hanya pada bagian implementasi ada beberapa intervensi yang tidak dapat dilaksanakan pada salah satu klien.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada beberapa diagnosa seperti gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, risiko jatuh dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat dan penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara intervensi yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan.
5. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 5 hari perawatan oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua klien menunjukkan beberapa keluhan yang sama. Kedua klien mengatakan merasa

lebih nyaman setelah dilakukan tindakan latihan rentang gerak ROM dan rutin melakukan mobilisasi dini dibantu dengan mahasiswa. Kedua klien mendapat diagnosa yang sama, namun yang membedakan pada klien 1 dan klien 2 terdapat diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, dan 1 diagnosa gangguan pola tidur tidak terdapat pada klien

5.2 Saran

1. Bagi Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda diharapkan adanya perhatian khusus seperti penyediaan pegangan pada sekitar dinding agar mempermudah klien dan mencegah klien dari jatuh, selain itu memberikan update informasi mengenai kesehatan yang dapat bermanfaat bagi lansia.
2. Bagi Perawat, dalam melakukan asuhan keperawatan pada gerontik hendaknya menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta klien sehingga dapat mencapai sesuai dengan tujuan. Serta dalam menentukan masalah keperawatan, diharapkan juga memperhatikan masalah psikologis klien.
3. Untuk peneliti selanjutnya, diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan referensi untuk peneliti selanjutnya yang akan melakukan asuhan keperawatan lansia dengan Pasca Stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Daya, DA. (2017). *Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Wilyah Kerja Puskesmas Pengasih II Kulon Progo Yogyakarta.*
- Dariah, E. (2018). *Hubungan Kecemasan Dengan Kualitas Tidur Lansia di Posbindu Anyelir Kecamatan Cisarua Kabupaten Bandung Barat. Jurnal Ilmu Keperawatan.* Volume III, No.2, September 2018.
- Deniro, Agustin Junior (2017). *Hubungan antara Usia dan Aktifitas Sehari-hari dengan Resiko Jatuh Pasien Instalasi Rawat Jalan Geriatri.* Volume 4, No 4, Desember 2017.
- Endra Cita, E., Antari, I., Keperawatan, P. S., & Tinggi Ilmu Kesehatan Madani Yogyakarta, S. (2019). *Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Self Care In Patients of Diabetes Melitus Type II. Jurnal Kesehatan Madani Medika,* 10(2), 85–91.
- Prok, W dkk (2016). *Pengaruh Latihan Gerak Aktif Menggenggam Bola Pada Pasien Stroke.* Volume 4, Nomor 1, Januari-April 2016.
- PPNI 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1.* Jakarta: PPNI.
- PPNI 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1.* Jakarta: PPNI.
- Prok, W dkk (2016). *Pengaruh Latihan Gerak Aktif Menggenggam Bola Pada Pasien Stroke.* Volume 4, Nomor 1, Januari-April 2016.
- William (2017). *Manajemen Stroke Pada Lansia.* <https://www.scribd.com/doc/242510750/jurnal-william-manajemen-stroke-lansia>. Diakses pada tanggal 10 Desember 2018.