

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG STROKE CENTER RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



Oleh:

Jeklin Ruba Palik Padang

P07220116015

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

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG STROKE CENTER RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Jeklin Ruba Palik Padang

P07220116015

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

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 25 MEI 2019

Oleh

Pembimbing



Arsyawina, SST., M.Kes
NIDN: 4013018701

Pembimbing Pendamping



Ns. Rizky Setiadi, S.Kep., MKM
NIDN: 4002038001

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan Kampu Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur




Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep
NIP. 196803291994022001

Karya Tulis Ilmiah
Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di
Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjaranie Samarinda

Telah Diuji
Pada Tanggal 25 Mei 2019


PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:


Hesti Prawita Widiastuti., SST., M.Kes (.....)
NIDN. 4011088501

Penguji Anggota:

1. Arsyawina, SST., M.Kes (.....)
NIDN. 4013018701 

2. Ns. Rizky Setiadi, S.Kep., MKM (.....)
NIDN. 4002038001 

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Jeklin Ruba Palik Padang
Tempat Tanggal Lahir : Bontang, 18 Juni 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Pipa Pertamina Gang Bakti RT 23 No.23
Kelurahan Guntung Kecamatan Bontang Utara

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003-2009 : SDN 007 Guntung
2. Tahun 2009-2012 : SMP Imanuel Bontang
3. Tahun 2012-2015 : SMKN 1 Bontang
4. Tahun 2016-2019 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Samarinda Poltekkes Kementerian Kesehatan
Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Dalam upaya menyelesaikan Karya Tulis ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Arsyawina, SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing.
5. Ns. Rizky Setiadi, S.Kep., MKM selaku Dosen Pembimbing.

6. Iis Sugiarty, SST selaku Dosen Pembimbing Akademik.
7. Keluarga saya yang telah memberikan dukungan dalam segala hal baik fisik, psikologis maupun finansial.
8. Rekan-rekan mahasiswa D III Keperawatan Tingkat 3A yang telah memberikan dukungan selama proses pengerjaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas kebaikan hati dari semua pihak yang telah membimbing, mendukung dan memotivasi saya sampai saat ini. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah. Semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pembaca.

Samarinda, 22 Mei 2019

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG STROKE CENTER RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”

Pendahuluan : Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Jumlah stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kasus stroke (Rendy dan Margareth, 2012).

Metode : Penelitian ini menggunakan metode penelitian secara komprehensif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan. Sampel yang didapatkan sebanyak 2 responden, dilakukan di Ruang Stroke Center.

Hasil dan Pembahasan : Dari hasil penelitian melalui pengumpulan data secara komprehensif pada pasien stroke non hemoragik di ruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda didapatkan masalah keperawatan pada pasien 1 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan dan resiko jatuh, sedangkan masalah yang didapatkan pada pasien 2 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan. Pada pasien 1 diangnosa yang teratasi 1, teratasi sebagian 1, belum teratasi 2 dan tidak terjadi 1 sedangkan pada pasien 2 diagnosa yang teratasi 2 dan tidak terjadi 1.

Kesimpulan dan Saran : Tindakan keperawatan secara komprehensif ini menunjukkan bahwa tindakan ini efektif dalam membantu pasien dengan stroke non hemoragik. Diharapkan dapat menjadi tindakan keperawatan yang ditujukan dalam mengatasi penyakit stroke non hemoragik.

Kata Kunci : asuhan keperawatan, stroke non hemoragik

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam Dan Prasyarat.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Halaman Kata Pengantar.....	vi
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Skema.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Lampiran	xi
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Bagi Peneliti	6
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	6
1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan.....	6
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Medis	7
2.1.1 Pengertian.....	7

2.1.2	Etiologi	8
2.1.3	Manifestasi Klinis	11
2.1.4	Patofisiologis	12
2.1.5	Pathway	15
2.1.6	Komplikasi Stroke.....	16
2.1.7	Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.1.8	Penatalaksanaan	18
2.2	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1	Pengkajian Keperawatan.....	23
2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	31
2.2.3	Perencanaan Keperawatan	32
2.2.4	Implementasi Keperawatan.....	36
2.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	36
 BAB 3 METODE PENELITIAN		
3.1	Pendekatan (Desain Penelitian).....	37
3.2	Subyek Penelitian.....	37
3.3	Batasan Istilah (Definisi Operasional)	38
3.4	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	38
3.5	Prosedur Penelitian.....	38
3.6	Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data	39
3.7	Keabsahan Data.....	39
3.8	Analisa Data	40
 BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil	41
4.1.1	Pengkajian Keperawatan.....	42
4.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	49
4.1.3	Perencanaan Keperawatan	52
4.1.4	Pelaksanaan Keperawatan	56
4.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	66

4.2 Pembahasan..... 85

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan 96

5.2 Saran..... 99

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Pelaksanaan Riset Keperawatan
- Lampiran 3 Surat Balasan dari Dinas Kesehatan Kalimantan Timur
- Lampiran 4 Format Early Warning Score (EWS)
- Lampiran 5 Format NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)
- Lampiran 6 Dokumentasi (Foto)
- Lampiran 7 Lembar Konsultasi



DAFTAR SKEMA

2.1 Pathway Stroke	1
--------------------------	---





DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Perbedaan Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik	10
Tabel 2.2 Nilai GCS Berdasarkan Tingkat Kesadaran	22
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019	42
Tabel 4.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019.....	49
Tabel 4.3 Perencanaan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019	52
Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Pasien 1 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019.....	56
Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan Pasien 2 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019.....	62
Tabel 4.6 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 1 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019.....	66
Tabel 4.7 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 2 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019.....	77

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular merupakan salah satu atau masalah kesehatan dunia dan Indonesia yang sampai saat ini masih menjadi perhatian dalam dunia kesehatan karena merupakan salah satu penyebab dari kematian (Jansje & Samodra, 2012). Penyakit tidak menular, juga dikenal sebagai penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang, memiliki durasi yang panjang dan pada umumnya berkembang secara lambat seperti halnya dengan penyakit stroke (Kemenkes RI, 2018).

Penderita stroke di seluruh dunia terus meningkat dari umur kurang dari 45 tahun. Pada konferensi ahli saraf internasional di Inggris dilaporkan bahwa terdapat lebih dari 1000 penderita stroke berusia kurang dari 30 tahun. Badan kesehatan dunia memprediksikan bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker pada tahun 2010 kurang lebih 6 juta kemudian meningkat menjadi 8 juta di tahun 2030 (*American Heart Association*, 2010).

Menurut WHO (*World Health Organization*), pada tahun 2012 angka kematian akibat stroke sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa.

Di Indonesia sendiri menunjukkan bahwa jumlah penderita stroke terus meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan yaitu 75 tahun ke atas (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,6% (Kemenkes RI, 2018).

Menurut hasil penelitian Aichuriyah (2016), sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosa oleh Tenaga Kesehatan. Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke terlihat meningkat seiring peningkatan umur responden. Prevalensi stroke sama banyak antara laki-laki dan perempuan. Prevalensi stroke di Indonesia 12,1% per 1.000 penduduk. Angka tersebut naik dibandingkan Kemenkes RI 2007 yang hanya sebesar 8,3%. Stroke ini telah menjadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia.

Berdasarkan data, di Indonesia diperkirakan setiap tahunnya meningkat dimana terdapat 500 ribu penduduk terkena stroke, baik yang mengalami gangguan fungsional ringan, sedang dan berat bahkan meninggal. Stroke di Indonesia menempati urutan pertama, menggeser penyakit jantung yang sebelumnya menempati urutan pertama (Adiati dan Wahjoepramono, 2010).

Secara global, insiden penyakit stroke non hemoragik merupakan yang tertinggi yaitu mencapai 87%, stroke perdarahan intraserebral mencapai 10% dan stroke perdarahan subarakhnoid sebanyak 3%. Secara umum dapat disimpulkan angka kejadian stroke adalah 200/100.000 penduduk, dalam 1 tahun dari 100.000 penduduk 200 orang mengalami stroke. Kejadian stroke iskemik 80% dari seluruh

total kasus stroke, sedangkan 20% merupakan kejadian stroke hemoragik (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

Prevalensi stroke di Kalimantan Timur adalah 14,7% dan meningkat dari tahun 2013. Menurut karakteristik responden Kalimantan Timur, terlihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden dan saat ini menempati urutan pertama (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data terkini Stroke Center RSUD AWS 2016-2017 menghimbau kasus stroke dalam waktu dekat akan meningkat dratis jika dilihat dari jumlah rata-rata pasien di unit stroke di AWS pada 2016 hingga kini, berkisar antara 40-50 pasien per bulan yang berfluktuasi, sedangkan pasien yang dirawat inap berjumlah 690 orang. Tendensi meningkat tiap bulan dan *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang berkisar 80%. Kasus pasien stroke yang dirawat, faktor risiko terbanyak adalah hipertensi (penyakit darah tinggi), diabetes mellitus (penyakit kencing manis). Apabila hal ini tidak segera diatasi secara profesional, komprehensif dan terprogram, serta bersama-sama berdasarkan seluruh kebijakan, maka peningkatan kasus stroke di Kalimantan akan meningkat dratis.

Penderita stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik dan mental. Sebesar 30% - 40% penderita stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu 3 jam pertama (*golden periode*), namun apabila dalam waktu tertentu pasien tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparese. Penderita stroke pasca serangan membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh

segera untuk mengurangi cedera serebral lanjut, salah satu program rehabilitas yang dapat diberikan pada pasien stroke yaitu mobilisasi persendian dengan latihan *range of motion* (ROM).

Menurut penelitian Sari (2015), disini diperlukan juga peran perawat dalam penanganan stroke yaitu meningkatkan mobilitas yang optimal, kenyamanan dan kemampuan dengan menciptakan lingkungan yang mendukung. Perawat juga sebagai pelayanan dan pendidik atau edukator dan koordinator yang mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menentukan diagnosa, membuat intervensi, melakukan implementasi sampai evaluasi keperawatan serta membantu pasien dan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang stroke dan mengarahkan pasien agar rajin melakukan terapi pemulihan stroke sehingga dapat mencegah serangan stroke berulang disamping itu juga perlu menerapkan pola hidup yang sehat (Widyawati, 2012).

Dampak yang akan terjadi jika peran perawat dalam penanganan stroke tidak ditangani dengan baik adalah kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia, dan lain-lain (Lingga, 2013). Menurut hasil penelitian Karunia (2016), dimana dalam 3 jam pasca terserang stroke, penanganan medis harus segera didapat, dengan demikian kecacatan dapat dicegah, apabila penanganan diterima melebihi waktu tersebut, maka akan terjadi kecacatan permanen atau bahkan meninggal.

Berdasarkan data diatas peneliti tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang maka ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuan pada karya tulis ilmiah ini akan dibedakan menjadi 2 tujuan yaitu sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Stroke Non Hemoragik di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengkaji pasien dengan stroke non hemoragik.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pasien dengan stroke non hemoragik.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan dengan pasien stroke non hemoragik.
- 4) Melaksanakan intervensi keperawatan dengan pasien stroke non hemoragik.
- 5) Mengevaluasi pasien stroke non hemoragik.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Peneliti

Sebagai bahan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam meningkatkan pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan medikal bedah, khususnya pada pasien stroke non hemoragik.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dari hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan informasi dibidang keperawatan tentang asuhan keperawatan pasien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie sendiri dan sebagai pengembangan ilmiah dalam ilmu keperawatan dan sumber informasi untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Fransisca, 2008).

Ada dua jenis stroke yang utama adalah iskemik (non Hemoragik) dan hemoragik. Stroke iskemik (non Hemoragik) disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah/ benda asing yang ada didalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam otak) ke bagian otak. Perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik. Jumlah stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kasus stroke. Sisanya sebesar 17% adalah stroke hemoragik (Rendy dan Margareth, 2012).

2.1.2 Etiologi

Pada level makroskopik, stroke non hemoragik paling sering disebabkan oleh emboli dari ekstrakranial atau trombosis di intrakranial, tetapi dapat juga disebabkan oleh berkurangnya aliran darah otak. Pada level seluler, setiap proses yang mengganggu aliran darah ke otak dapat mencetuskan suatu kaskade iskemik, yang akan mengakibatkan kematian sel-sel otak dan infark otak (Rahmawati, 2009).

Berdasarkan data diatas penyebab dari stroke non hemoragik yaitu:

1) Emboli

Sumber emboli dapat terletak di arteri karotis maupun vertebralis akan tetapi dapat juga di jantung dan sistem vaskular sistemik.

- (1) Embolus yang dilepaskan oleh arteri karotis atau vertebralis, dapat berasal dari trombus yang melekat pada intima arteri akibat trauma tumpul pada daerah leher.
- (2) Embolisasi kardiogenik dapat terjadi pada penyakit jantung dengan *shunt* yang menghubungkan bagian kanan dengan bagian kiri atrium atau ventrikel
- (3) Embolisasi akibat gangguan sistemik dapat terjadi sebagai emboli septik, misalnya dari abses atau bronkiektasis, dapat juga akibat metaplasia neoplasma yang sudah ada di paru.

2) Trombosis

Stroke trombotik dapat dibagi menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis dan percabangannya) dan pembuluh darah kecil. Tempat terjadinya trombosis yang paling sering adalah titik percabangan arteri serebral utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri

dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktifitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal (Ariani, 2012).

Menurut penelitian Sarawati (2009) bahwa hipertensi merupakan penyebab stroke karena hipertensi menyebabkan terjadinya gangguan aliran darah tubuh, yaitu diameter pembuluh darah kelak akan mengecil (vasokonstriksi) sehingga darah yang mengalir ke otak akan berkurang, dengan pengurangan aliran darah ke otak maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa (hipoksia) karena suplai berkurang secara terus menerus mengakibatkan kematian otak, selain itu bahwa semakin tua usia akan mudah terkena stroke karena sistem metabolisme tubuh mulai menurun sehingga dapat mengakibatkan pembuluh darah lebih kaku dan dapat memicu terjadinya plak (aterosklerosis) dan mengakibatkan suplai oksigen semakin terganggu.

Sesuai dengan penelitian Sari, S.H (2015) bahwa akibat gangguan vaskularisasi otak ini sehingga menimbulkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sesorik, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia dan hemiparesis.

Sesuai oleh teori Slamet Suyono (2002) bahwa pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus tidak hanya dengan mengkonsumsi obat antidiabetes (OHO maupun insulin), melainkan dengan pengaturan asupan makan yang sesuai dengan anjuran diet bagi pasien diabetes, melakukan aktivitas fisik yang rutin dan teratur sehingga dapat mengendalikan kadar gula darah. Selain itu menurut Depkes RI (2000) peningkatan prevalensi diabetes mellitus yang cukup tinggi disebabkan karena faktor adanya pola hidup dan pola makan yang berlebihan sehingga menyebabkan gangguan metabolisme. Penyebab dari stroke non hemoragik salah satunya yaitu memiliki riwayat diabetes mellitus.

Menurut penelitian Anggraeni (2010) menyatakan bahwa tingkat pendidikan dan usia seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki karena semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang didapatkan begitupun sebaliknya serta semakin bertambahnya usia maka semakin daya ingat seseorang semakin menurun.

Menurut penelitian geurts, et.al, 2008 bahwa orang yang selamat dari stroke berisiko tinggi untuk jatuh dalam semua tahap stroke karena stroke memiliki konsekuensi berat terhadap gangguan fisik, kognitif dan psikologis sehingga upaya untuk mengurangi kejadian jatuh seperti membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya, pemberian tanda beresiko jatuh pada bed pasien dan keluarga pasien yang diberikan informasi mengenai pencegahan jatuh.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Adapun tanda dan gejala atau manifestasi klinis pada stroke non hemoragik dan hemoragik yaitu:

1) *Stroke non-haemorrhagic* (SNH)

Gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis. Secara mendadak/ subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun kecuali bila embolus cukup besar. Biasanya terjadi pada usia >50 tahun.

2) *Stroke Heamorrhagic* (SH) menurut WHO diklasifikasikan menjadi :

(1) Perdarahan Intraserebral

Mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan ini sering kali pada siang hari, saat aktifitas atau emosi/ marah. Sifat nyeri kepala yang hebat sekali. Mual muntah sering terdapat pada permulaan serangan. Kesadaran biasanya cepat menurun dan cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari 1/2 jam, 23% antara 1/2 - 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam – 19 hari).

(2) Perdarahan Subarakhnoid

Gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala/ tanda rangsangan meningeal. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikasi anterior atau arteri karotis interna.

Tabel 2.1
Perbedaan Stroke hemoragik dan Stroke Non-Hemoragik

Gejala Klinis	Stroke Hemoragik		Stroke Non Hemoragik
	PIS	PSA	
Gejala defisit local	Berat	Ringan	Berat/Ringan
SIS sebelumnya	Amat Jarang	-	+/biasa.
Permulaan (onset)	Menit / jam	1-2 menit	Pelan (jam/hari).
Nyeri Kepala	Hebat	Sangat hebat	Ringan/tidak ada.
Muntah pd awalnya	Sering	Sering	Tidak, kecuali lesi di batang otak.
Hipertensi			sering kali.
Kesadaran	Hampir selalu	Biasanya tidak	Dapat hilang.
Kaku kudu	Bisa hilang Jarang	Bisa hilang sebentar Bisa ada pada permulaan	Tidak ada.
Hemiparesis			Sering diawal.
Deviiasi mata	Sering sejak awal	Tidak ada	Mungkin ada.
Gangguan bicara	Bisa ada	Tidak ada	Sering.
Likvor	Sering	Jarang	Jernih.
Perdarahan subhialoid	Sering berdarah	Selalu berdarah	Tidak ada.
Paresis/ gangguan N11	Tak ada	Bisa ada	-
	-	Mungkin (+)	

Sumber: Nurarif, 2015

2.1.4 Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bahkan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat tidak diketahui jika pasien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak tersumbat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, di mana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak.

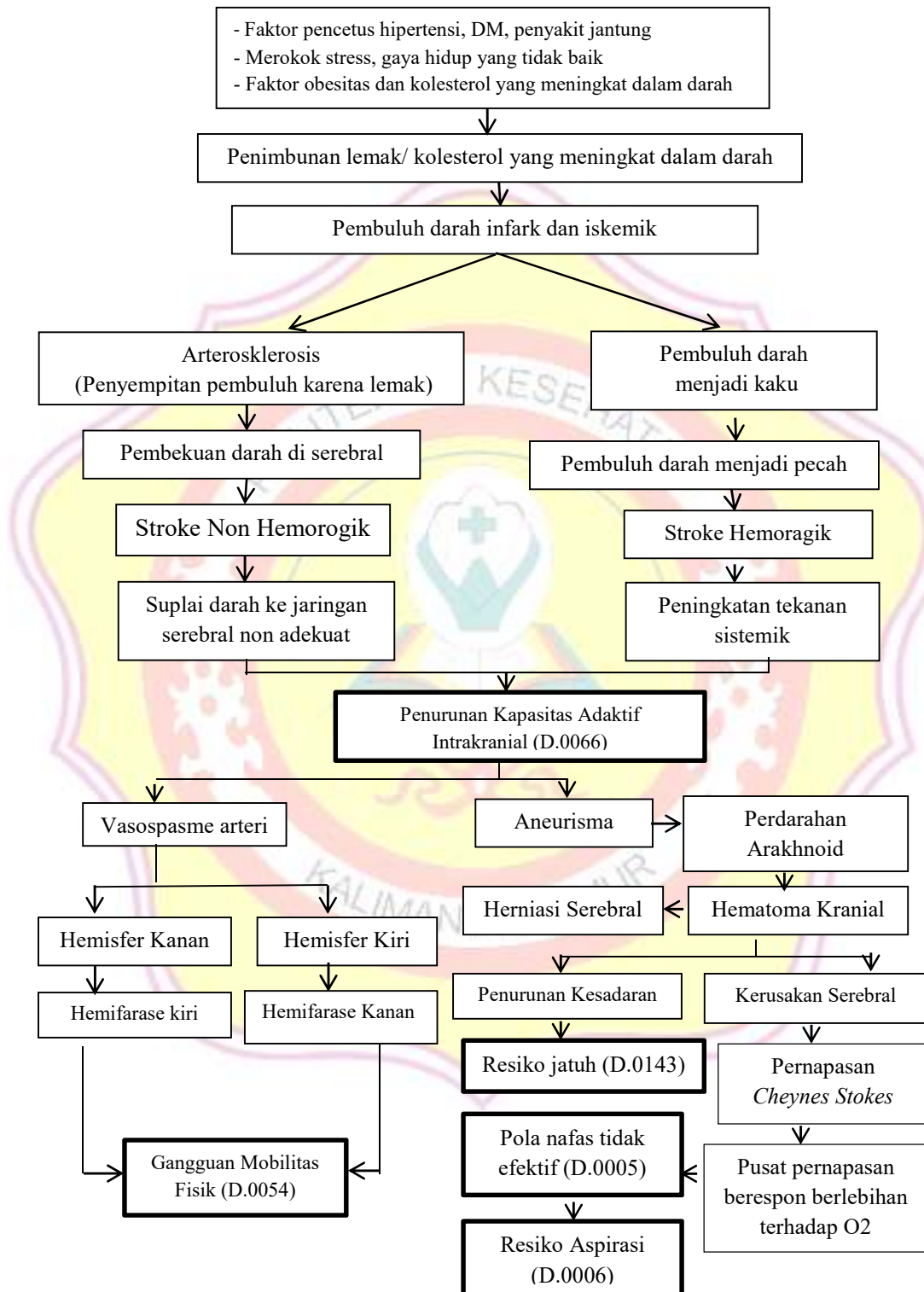
Peredaran intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subarakhnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan risiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebelum. Di samping itu, terjadi bradikardia, hipertensi sistemik, dan gangguan pernafasan.

2.1.5 Pathway



Skema 2.1

Pathway Stroke

(Sumber : Brunner & Suddarth, 2013 (modifikasi), Nurarif, 2015 dan PPNI, 2016)

2.1.6 Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke non hemoragik menurut Nurarif (2015) yaitu :

1) Dini (0-48 jam pertama)

Dapat menyebabkan Edema Serebri. Defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK), herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian. Infark miokard adalah penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

2) Jangka Pendek (1-14 hari)

- (1) Pneumonia akibat mobilisasi lama
- (2) Infark miokard
- (3) Emboli paru, cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, sering kali terjadi pada saat penderita mulai mobilisasi
- (4) Stroke rekuren : dapat terjadi setiap saat

3) Jangka panjang (>14hari)

- (1) Stroke rekuren
- (2) Infark Miokard
- (3) Gangguan Vaskuler lain : penyakit vaskuler perifer

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang pada pasien stroke menurut Muttaqin, 2008 yaitu :

1) Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

2) *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT).

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke (sebelum nampak oleh pemindaian CT).

3) CT scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

4) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

6) Pemeriksaan laboratorium

(1) Lumbang fungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokhrom*) sewaktu hari-hari pertama.

(2) Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin).

- (3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.
- (4) Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- (5) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut penelitian Setyopranoto (2011), penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

- 1) terapi umum
 - (1) letakkan kepala pasien pada posisi 30⁰, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - (2) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - (3) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
 - (4) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi oral hanya jika fungsi menelannya baik.
 - (5) Pantau juga kadar gula darah >150mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.

- (6) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastol >120 mmHg, *Mean Arteri Blood Plessure* (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- (7) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- (8) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg, diastol <70 mmHg, diberikan NaVL 0.9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan dopamine 2-2 μ g/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
- (9) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
- (10) Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena *rebound* atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari

2) Terapi khusus (Terapi Farmakologi)

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia).

Menurut hasil penelitian Presiey (2015), terapi farmakologi pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

(1) Fibrinolitik/ trombolitik (rtPA/ *Recombinant Tissue Plasminogen Activator*)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktifasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala. Pada pasien yang menggunakan terapi ini usahakan untuk menghindari penggunaan bersama obat antikoagulan dan antiplatelet dalam 24 jam pertama setelah terapi untuk menghindari risiko perdarahan.

(2) Antikoagulan

Terapi antikoagulan dapat diberikan dalam 48 jam setelah onset gejala apabila digunakan untuk pencegahan kejadian tromboemboli pada pasien stroke yang memiliki keterbatasan mobilitas dan hindari penggunaannya dalam 24 jam setelah terapi fibrinolitik. Bukti yang ada terkait penggunaan antikoagulan sebagai pencegahan kejadian tromboembolik atau DVT (*deep vein thrombosis*) pada pasien stroke yang mengalami paralisis pada tubuh bagian bawah, dimana UFH (*Un-Fractionated Heparin*) dan LMWH (*Low Molecular Weight Heparines*) memiliki efektifitas yang sama tapi juga perlu diperhatikan terkait risiko terjadinya pendarahan. Berdasarkan analisis efektivitas biaya LMWH lebih efektif dan risiko trombositopenia lebih kecil dibandingkan dengan UFH.

(3) Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke. Penggunaan aspirin dengan *loading dose* 325mg dan dilanjutkan dengan dosis 75-100mg/ hari dalam rentang 24 sampai 48 jam setelah gejala stroke. Penggunaannya tidak disarankan dalam 24 jam setelah terapi fibrinolitik.

(4) Antihipertensi

- Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah $>185/110$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal

15 mg/jam; setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai <185/110 mmHg, maka jangan berikan rtPA.

- Pasien sudah mendapat rtPA, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastol >105-120 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg IV, kemudian infus IV kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA <180/105 mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari dimulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

Adapun menurut hasil penelitian Agusman (2017), tindakan terapi yang dapat dilakukan terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik selain ROM yaitu dengan cara *Mirror Therapy* (menggunakan media cermin). Terapi ini merupakan terapi pada pasien stroke yang melibatkan sistem mirror neuron yang terdapat di daerah kortek selebri yang bermanfaat dalam penyembuhan motorik dari tangan dan gerak mulut.

Prosedur umum terapi cermin adalah pasien duduk dan meletakkan cermin diantara kedua lengan atau tungkai selanjutnya perawat menginstruksikan kepada pasien agar lengan atau tungkai yang sehat digerakan fleksi dan ekstensi atau keatas atau kebawah. Saat lengan atau tungkai yang sehat digerakkan, pasien dianjurkan untuk melihat cermin yang ada, kemudian pasien disarankan untuk merasakan bahwa lengan atau tungkai yang mengalami kelemahan turut bergerak. Demikian diulang-

ulang selama 10 menit dalam 1 kali latihan. Latihan *mirror Therapy* adalah bentuk rehabilitasi/ latihan yang mengandalkan dan melatih pembayangan/ imajinasi motorik pasien, dimana cermin akan memberikan stimulasi visual kepada otak (saraf motorik serebral yaitu ipsilateral atau kontralateral untuk pergerakan anggota tubuh yang hemiparesis) melalui observasi dari pergerakan tubuh yang akan ditiru seperti cermin oleh bagian tubuh yang mengalami gangguan.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1) Identitas pasien

Meliputi: nama, umur, suku/ bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal MRS

2) Riwayat penyakit sekarang

Meliputi: keluhan utama yang dirasakan pasien saat MRS dan keluhan yang dirasakan pasien saat dikaji.

3) Riwayat penyakit dahulu

Meliputi: apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, apakah pasien mempunyai riwayat penyakit kronik dan menular, apakah pasien mempunyai riwayat alergi dan riwayat operasi sebelumnya.

4) Riwayat penyakit keluarga

Meliputi genogram keluarga. Apakah dari keluarga mempunyai riwayat penyakit menular maupun tidak menular.

5) Keadaan umum

(1) Tingkat Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran.

(2) Suara bicara : kadang mengalami gangguan seperti sukar dimengerti saat berbicara.

(3) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat

(6) Kualitatif Adalah fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

Tabel 2.2 Nilai GCS berdasarkan tingkat kesadaran

No	Tingkat Kesadaran	Definisi	Nilai GCS
1	Compos Mentis	Kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.	15-14
2	Apatis	Keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh	13-12
3	Somnolen	Kesadaran menurun, respon psikomotor lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.	11-10
4	Delirium	Gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berkhayal.	9-7
5	Stupor/ Soporocoma	Keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.	6-4
6	Coma	Tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun	3

7) Kuantitatif Dengan Menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS)

(1) Respon membuka mata (E = Eye)

Spontan	(4)
Dengan perintah	(3)
Dengan nyeri	(2)
Tidak berespon	(1)

(2) Respon Verbal (V = Verbal)

Berorientasi Baik	(5)
Gelisah, berteriak-teriak, menangis	(4)
Kata-kata tidak jelas	(3)
Suara tidak dapat dimengerti	(2)
Tidak ada respon	(1)

(3) Respon Motorik (M = Motorik)

Dengan perintah	(6)
Melokalisasi nyeri	(5)
Menarik area yang nyeri	(4)
Fleksi abnormal/ postur dekortikasi	(3)
Ekstensi abnormal/ postur deserebrasi	(2)
Tidak berespon	(1)

8) Pemeriksaan integumen

(1) Kulit : terlihat pucat dan turgor kulit jelek. Di samping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien CVA *Bleeding* harus *bed rest* 2-3 minggu.

(2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, sianosis.

(3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan.

9) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala : bentuk normosephalik.

(2) Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi.

(3) Leher : kaku kuduk jarang terjadi.

10) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

11) Pemeriksaan abdomen.

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat *bed rest* yang lama, dan kadang terdapat kembung.

12) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus.

Kadang terdapat inkontinensia atau retensio urin.

13) Pemeriksaan ekstremitas.

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

14) Pemeriksaan nervus kranial.

Umumnya terdapat gangguan nervus kranialis VII dan XII sentral.

Menurut Muttaqin, (2008) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII.

(1) Test nervus I (*Olfactory*)

Fungsi penciuman Tes pemeriksaan, pasien tutup mata dan minta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya.

Bandingkan dengan hidung bagian kiri dan kanan.

Patologis: Biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2) Test nervus II (*Optikus*)

Fungsi aktifitas visual dan lapang pandang. Test aktifitas visual, tutup satu mata pasien kemudian intruksikan pasien untuk membaca dua baris di koran, ulangi untuk pada mata satunya. Tes lapang pandang, pasien tutup mata kiri, pemeriksa di kanan, pasien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah, gerakkan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu pasien melihat benda tersebut.

Keadaan Patologis umumnya: Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada mien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

(3) Test nervus III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlear dan Abducens*)

Fungsi koordinasi gerakan mata dan konstriksi pupil mata (N III).

(4) Test N III *Oculomotorius* (respon pupil terhadap cahaya), menyorotkan senter

kedalam tiap pupil mulai menyinari dari arah belakang dari sisi pasien dan sinari

satu mata (jangan keduanya), perhatikan konstriksi pupil kena sinar.

(5) Test N IV *Trochlear*, kepala tegak lurus, letakkan objek kurang lebih 60 cm

sejajar mid line mata, dan gerakkan objek kearah kanan. Observasi adanya deviasi

bola mata, diplopia, nistagmus.

(6) Test N VI *Abducens*, minta pasien untuk melihat kearah kiri dan kanan tanpa

menengok.

Keadaan Patologis: Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-

otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi

yang sakit.

(4) Test nervus V (*Trigeminus*) Fungsi sensasi, caranya: dengan mengusap pilihan

kapas pada kelopak mata atas dan bawah.

- Refleks kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral.

- Refleks kornea konsensual maka gerakan mengedip kontralateral. Usap pula

dengan pilihan kapas pada maxilla dan mandibula dengan mata pasien tertutup.

Perhatikan apakah pasien merasakan adanya sentuhan Fungsi motorik, caranya:

pasien disuruh mengunyah, pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan

masseter.

Keadaan Patologis: Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

(5) Test nervus VII (*Fasialis*)

- Fungsi sensasi, kaji sensasi rasa bagian anterior lidah, terhadap asam, manis, asin pahit. Pasien tutup mata, usapkan larutan berasa dengan kapas/ teteskan, pasien tidak boleh menarik masuk lidahnya karena akan merangsang pula sisi yang sehat.
- Otonom, lakrimasi dan salivasi
- Fungsi motorik, kontrol ekspresi muka dengan cara meminta pasien untuk: tersenyum, mengerutkan dahi, menutup mata sementara pemeriksa berusaha membukanya.

Keadaan Patologis: Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.

(6) Test nervus VIII (*Acustikus*)

Fungsi sensoris :

- *Cochlear* (mengkaji pendengaran), tutup satu telinga pasien, pemeriksa berbisik di satu telinga lain, atau menggesekkan jari bergantian kanan-kiri.
- *Vestibulator* (mengkaji keseimbangan), pasien diminta berjalan lurus, apakah dapat melakukan atau tidak.

Keadaan Patologis: Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

(7) Test nervus IX (*Glossopharyngeal*) dan nervus X (*Vagus*)

Nervus IX, mempersarafi perasaan mengecap pada 1/3 posterior lidah, tapi bagian ini sulit di tes demikian pula dengan *Stylopharyngeus*. Bagian parasimpatik nervus IX mempersarafi Salivarius inferior. Nervus X, mempersarafi organ viseral dan torakal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensasi faring, tonsil dan palatum lunak.

Keadaan Patologis: Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

(8) Test nervus XI (*Accessorius*)

Pasien disuruh menoleh kesamping melawan tahanan. Apakah *Sternocleidomastodeus* dapat terlihat? apakah atrofi? Kemudian palpasi kekuatannya. Minta pasien mengangkat bahu dan pemeriksa berusaha menahan tes otot trapezius.

Keadaan Patologis: Tidak ada atrofi otot *sternokleidomastoideus* dan *trapezius*.

(9) Nervus XII (*Hypoglossus*)

- Mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan.
- Inspeksi posisi lidah (normal, asimetris/ deviasi) Keluarkan lidah pasien (oleh sendiri) dan memasukkan dengan cepat dan minta untuk menggerakkan ke kiri dan ke kanan.

Keadaan Patologis: lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

15) Pemeriksaan laboratorium

- (1) Fungsi lumbal: pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokhrom*) sewaktu hari-hari pertama.
- (2) Pemeriksaan darah rutin.
- (3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali. Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan kesadaran (D.0005)
- 2) Penurunan kapasitas adaktif intrakranial b.d perdarahan intra kranial (D.0066)
- 3) Resiko aspirasi b.d penurunan tingkat kesadaran (D.0006)
- 4) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)
- 5) Resiko jatuh b.d penurunan kesadaran (D.0143)

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.3
Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
1.	<p>Pola nafas tidak efektif b.d penurunan kesadaran (D.0005)</p> <p>Definisi : Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Dispnea Objektif 1. Penggunaan otot bantu pernafasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola nafas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>)</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Ortopnea Objektif 1. Pernafasan <i>pursed-lip</i> 2. Pernafasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 3. penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 4. pengembangan dinding dada tidak simetris dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas 1.2 Monitor pola nafas 1.3 Monitor bunyi nafas 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt dan chi-lift</i> 1.6 Ajarkan tehnik batuk efektif 1.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
	menurun		
	8. Ekskursi dada berubah		
2.	<p>Penurunan kapasitas adaktif intrakranial b.d perdarahan intrakranial (D.0066)</p> <p>Definisi: Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Sakit kepala Objektif 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar 2. Bradikardia 3. Pola nafas ireguler 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif 1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/ lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan intracranial (TIK) ≥ 20 mmHg 7. Papilledema Postur deserebrasi (ekstensi)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan perfusi jaringan ke otak dapat tercapai secara optimal dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 5 2. Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 5 3. Penurunan tingkat kesadaran dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 4 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi penyebab peningkatan intrakranial 2.2 Monitor tanda dan gejala peningkatan intrakranial 2.3 Monitor MAP 2.4 Cegah terjadinya kejang 2.5 Berikan posisi semi fowler 2.6 Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
3.	<p>Resiko aspirasi b.d penurunan tingkat kesadaran (D.0006)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.</p> <p>Gejala dan tanda mayor minor: -</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien tidak terjadi aspirasi ditandai dengan kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 3. penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 4. pengembangan dinding dada tidak simetris dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 5. sianosis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 6. gangguan ekspirasi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Mengidentifikasi dan mengurangi risiko masuknya partikel makanan/cairan ke dalam paru-paru 3.2 Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan 3.3 Monitor status pernapasan 3.4 Pertahankan posisi semi fowler pada pasien tidak sadar 3.5 Pertahankan kepatenan jalan nafas 3.6 Ajarkan strategi mencegah aspirasi
4.	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular (D.0054)</p> <p>Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan mobilitas fisik pasien baik ditandai dengan kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 Dukungan mobilisasi : identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 4.2 Dukungan mobilisasi : Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 4.3 Teknik latihan penguatan sendi : Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 4.4 Teknik latihan penguatan sendi : Ajarkan melakukan latihan rentan gerak

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas		aktif dan pasif (ROM) 4.5 Teknik latihan penguatan sendi : Kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan
5.	Resiko jatuh b.d penurunan kesadaran (D.0143) Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Gejala dan tanda mayor minor: -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan tidak terjadi resiko jatuh pada pasien ditandai dengan kriteria hasil 1. Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 4. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 5. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 6. Latihan untuk mengurangi risiko jatuh dipertahankan pada 2 ditingkatkan ke 4	5.1 Pemantauan risiko jatuh : Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu 5.2 Pemantauan risiko jatuh : Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh 5.3 Pencegahan jatuh : monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya 5.4 Pencegahan jatuh : pasang <i>handrall</i> tempat tidur 5.5 Edukasi pengurangan risiko : Ajarkan pencegahan cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Sumber: NOC ed.5, PPNI, 2018 (SIKI) dan PPNI, 2016 (SDKI)

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan dan implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing* order untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang diharapkan. Terdiri dari tiga tahapan implementasi yaitu: Fase Orientasi, Fase Kerja dan Fase Terminasi.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari semua tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi yang dilakukan penulis berdasarkan kondisi pasien dan dibuat sesuai dengan masalah yang ada dalam evaluasi yaitu dengan menggunakan SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, Perencanaan)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subyek Penelitian

Subjek studi kasus yaitu 2 pasien baru atau pasien ulangan dengan diagnosa medis yang sama yaitu stroke non hemoragik.

Adapun kriteria pasien yang akan diteliti yaitu :

1) Kriteria Inklusif

Kriteria inklusif yang akan diteliti adalah pasien stroke non hemoragik yang kooperatif saat diwawancara dan dilakukan tindakan keperawatan dengan rentang usia lebih dari 30 tahun keatas dengan jenis kelamin perempuan atau laki-laki.

2) Kriteria Eksklusif

Kriteria eksklusif pada pasien stroke non hemoragik yaitu pasien yang pulang atau meninggal sebelum minimal 3 hari penelitian

3.3 Batasan Istilah (Definis Operasional)

Stroke non hemoragik adalah suatu keadaan dimana terjadinya hambatan aliran darah pada sebagian otak sehingga mengakibatkan kelumpuhan. Stroke yang menjadi studi kasus ini bertempat di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang memenuhi kriteria subjek di atas.

3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Pengambilan kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie di ruang stroke center dalam waktu minimal 3 hari pada bulan April dan bulan Mei.

3.5 Prosedur Penelitian

Prosedur penulisan pada proposal karya tulis ilmiah adalah sebagai berikut:

- 1) Penyusunan proposal studi kasus.
- 2) Proposal disetujui oleh pembimbing.
- 3) Meminta izin untuk mengumpulkan data dengan metode studi kasus melalui surat izin pelaksanaan studi kasus kepada pihak RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 4) Melakukan analisa data pada pasien dengan stroke non hemoragik.
- 5) Merumuskan diagnosa pada pasien dengan stroke non hemoragik.
- 6) Menentukan intervensi keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan.
- 7) Melakukan implementasi keperawatan terhadap masalah keperawatan yang ditemukan.

- 8) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 9) Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan selama perawatan.

3.6 Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan yaitu:

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari pasien, keluarga pasien, perawat lainnya)
- 2) Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh pasien.
- 3) Studi Dokumentasi

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku yang terdiri dari wawancara, melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, membuat intervensi, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data/ informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama),

keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/ tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.8 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak penelitian di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jl. Palang Merah Indah No. 01, Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. Diresmikan sebagai rumah sakit dengan nama RSUD AW. Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1986, sebelumnya RSUD ini dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan belanda. RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit tipe A sebagai Rumah Sakit rujukan terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Histologi/ Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/ VK, Gedung Paviliun, Instalasi Rawat Inap (kelas I, II, III, dan VIP).

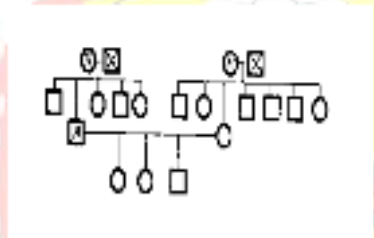
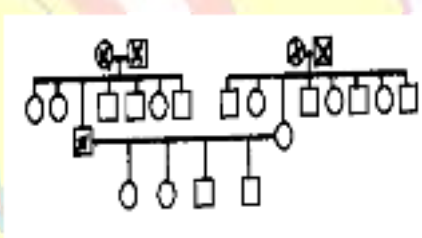
Penelitian ini dilaksanakan di ruang Stroke Center tanggal 29 April – 2 Mei 2019. Kasus penyakit yaitu stroke non hemoragik. Ruang Stroke Center terdiri dari 3 kamar yaitu kamar 1 pasien datang, kamar 2 pasien observasi dan kamar 3 pasien pemulihan yang masing-masing dapat menampung 4-5 pasien dimana setiap kamar memiliki ruang tindakan serta terdapat kamar VIP berjumlah 4 kamar, 1 ruang mahasiswa, 1 ruang perawatan, 1 ruang isolasi, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang makan, 1 ruang fisioterapi dan kolam renang, 1 kamar mandi pegawai dan 1 ruang *cleaning service*.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
Identitas Pasien	Tn. A, lahir tanggal 21 Maret 1947, agama islam, pendidikan terakhir SMA, suku Kutai, pekerjaan pensiunan dan alamat pasien di Pemuda 3 RT 8 No.42 SMD	Tn. A, lahir tanggal 17 Agustus 1950, agama islam, pendidikan terakhir SLTP, suku Jawa, tidak bekerja dan alamat pasien Jl. Kemuning GG Amanat RT 20 Loa Bakung, Sungai Kunjang SMD
Riwayat Penyakit : Keluhan Utama	Kelemahan anggota gerak sebelah kanan	Kelemahan anggota gerak tangan kiri
Riwayat Penyakit Sekarang	Awalnya pasien masuk rumah sakit karena mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan saat itu pukul 08.30 pasien merasakan keram dan sulit menggerakkan kaki dan tangan pasien, kemudian pada pukul 10.00 pasien merasa pusing dan saat itu pasien ingin ke kamar mandi untuk BAK namun belum sampai kamar mandi pasien tiba-tiba jatuh dan pingsan saat itu juga pasien langsung dibawa oleh keluarga ke RS AWS kemudian dirawat di ruang stroke center. Pada saat pengkajian kondisi pasien lemas dan masih sulit untuk menggerakkan tangan dan kakinya sehingga pasien hanya menekuknya saja disertai tekanan darah yang tinggi dan pasien dibantu saat ingin duduk atau bahkan kebutuhan ADLs yang lainnya.	Awalnya pasien masuk rumah sakit karena mengalami kelemahan pada tangan kiri sejak pukul 05.00 pagi saat itu pasien sedang mengambil wudhu tiba-tiba tangan kiri terasa keram dan tidak mampu memegang benda kemudian pagi harinya pasien merasa pusing dan kekamar beristirahat, sekitar jam 11.30 pasien tiba-tiba tidak sadarkan diri sehingga keluarga membawa pasien ke RS AWS kemudian dirawat di ruang stroke center. Pada saat pengkajian kondisi pasien sudah mulai membaik tidak merasakan pusing meskipun tekanan darah tidak stabil dan masih agak mengeluh kaku pada tangan sebelah kiri terutama pada siku saat pasien menggerakannya.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan pernah dirawat bulan maret tahun 2018 dengan diagnosa stroke tidak ada riwayat operasi dan tidak ada riwayat alergi, terdapat riwayat penggunaan obat acarbose 50 mg secara	Pasien mengatakan pernah dirawat tahun 2016 dengan diagnosa stroke tidak ada riwayat operasi dan tidak ada riwayat alergi dan tidak ada riwayat penggunaan obat, dan tidak ada riwayat kontrol.

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
	oral, telmisartan 40 mg secara oral, glimepiride 1 mg secara oral dan metformin 500 mg. Pasien mengatakan baru kena stroke sejak tahun 2018 di RS SMC dan pasien sering kontrol gula darah 2 minggu sekali. Keluarga pasien mengatakan bahwa seranga stroke ini yang kedua kalinya yang pertama di RS SMC.	Pasien mengatakan bahwa serangan stroke ini yang ke tiga kalinya yang pertama kali pada tahun 2016.
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien dan keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit stroke, jantung atau penyakit kronis lainnya namun dalam keluarga mempunyai riwayat DM dalam keluarga yaitu ibu pasien.	Pasien dan keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit stroke dalam keluarga dan tidak ada riwayat DM, jantung atau penyakit kronis lainnya
Genogram		
	Keterangan : ⊗ : Meninggal □ : Laki - Laki ○ : Perempuan ↗ : Pasien	Keterangan : ⊗ : Meninggal □ : Laki - Laki ○ : Perempuan ↗ : Pasien
Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan	Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol, tidak merokok, konsumsi obat-obatan dan pasien mengatakan rajin olahraga seperti jogging maupun main tenis dulunya	Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol, sudah lama berhenti merokok, tidak mengonsumsi obat-obatan dan pasien mengatakan rajin olahraga seperti jalan-jalan sore
Keadaan Umum	Sedang, posisi pasien : terlentang, alat medis yang terpasang : IVFD RL	Sedang, posisi pasien : duduk, alat ,medis yang terpasang : IVFD RL
Kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
Tanda-tanda Vital	TD : 150/110 mmHg Nadi : 90 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C MAP : 123,33 mmHg	TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 17 x/menit Temp : 36 °C MAP : 96,67 mmHg
Kenyamanan/nyeri	Tidak ada	Tidak ada
Status Fungsional/ aktivitas dan mobilisasi Barthel Indeks	Total skor 10 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang	Total skor 17 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan
Pemeriksaan Kepala	Kepala : Simetris, kulit kepala bersih penyebaran rambut merata, warna rambut putih dan tidak ada kelainan. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, reflex cahaya +, pupil isokor. Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan Rongga mulut dan lidah: Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah Telinga : Daun/ pina telinga simetris tidak ada kelainan pada telinga	Kepala : Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran merata, warna hitam dan beruban dan tidak ada kelainan. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, reflex cahaya +, pupil isokor. Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan Rongga mulut dan lidah: Warna bibir abu-abu, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah. Telinga : Daun/ pina telinga simetris tidak ada kelainan pada telinga
Pemeriksaan Thorak	Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada nyeri waktu bernafas dan batuk produktif. Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 21 x/Menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.	Keluhan : pasien tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada nyeri waktu bernafas dan batuk produktif. Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 17 x/Menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
	<p>Palpasi : Vocal premitus teraba diseluruh lapang paru, ekspansi paru simetris tidak ada kelainan.</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Penggunaan WSD : tidak ada</p>	<p>Palpasi : Vocal premitus teraba diseluruh lapang paru, ekspansi paru simetris tidak ada kelainan.</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Penggunaan WSD : tidak ada</p>
Pemeriksaan Jantung	<p>Inspeksi : Tidak ada keluhan nyeri dada, CRT < 2 detik dan tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi : akral hangat, ictus cordis teraba pada ICS V line midklavikula sinistra.</p> <p>Perkusi : batas atas terletak di ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, batas bawah terletak di ICS IV midklavikula kiri, batas kanan terletak di ICS IV line kanan dan batas kiri terletak di ICS V midklavikula kiri.</p> <p>Auskultasi : BJ II-Aorta : bunyi tunggal, irama regular, intensitas kuat BJ II-Pulmonal : bunyi tunggal, irama regular BJ I-Trikuspidalis : bunyi tunggal, irama regular BJ I-Mitral : bunyi tunggal, irama regular Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan. EKG : <i>sinus rytime</i> (28 Apri)</p>	<p>Inspeksi : Tidak ada keluhan nyeri dada, CRT < 2 detik dan tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi : akral hangat, ictus cordis teraba pada ICS V line midklavikula sinistra.</p> <p>Perkusi : batas atas terletak di ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, batas bawah terletak di ICS IV midklavikula kiri, batas kanan terletak di ICS IV line kanan dan batas kiri terletak di ICS V midklavikula kiri.</p> <p>Auskultasi : BJ II-Aorta : bunyi tunggal, irama regular, intensitas kuat BJ II-Pulmonal : bunyi tunggal, irama regular BJ I-Trikuspidalis : bunyi tunggal, irama regular BJ I-Mitral : bunyi tunggal, irama regular Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan. EKG : <i>sinus rytime</i> (25 April)</p>
Pemeriksaan Sistem Pencernaan Dan Status Nutrisi Dan Pemeriksaan Abdomen	<p>BB : 65 kg TB : 165 cm IMT : 23,89 (Normal) Parameter : Tidak ada penurunan BB dan nafsu makan baik</p>	<p>BB : 50 kg TB : 160 cm IMT : 19,53 (Normal) Parameter : Tidak ada penurunan BB dan nafsu makan baik BAB : 1 x/hari terakhir tanggal</p>

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
	BAB : 1 x/hari terakhir tanggal 27/4/2019 Konsistensi lunak Diet : lunak (BTKTP) Frekuensi 3 x/hari porsi makan habis Inspeksi : Bentuk : bulat, simetris Tidak ada bayangan vena Tidak ada benjolan/ massa, tidak ada luka operasi Auskultasi : Peristaltik 12 x/menit Palpasi Tidak ada kembung maupun ascites, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : Tidak ada asites, tidak ada nyeri ketuk pada ginjal	28/4/2019 Konsistensi lunak Diet : lunak (BTKTP) Frekuensi 3 x/hari porsi makan habis Inspeksi : Bentuk : bulat, simetris Tidak ada bayangan vena Tidak ada benjolan/ massa, tidak ada luka operasi Auskultasi : Peristaltik 10 x/menit Palpasi Tidak ada kembung maupun ascites, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : Tidak ada asites, tidak ada nyeri ketuk pada ginjal
Pemeriksaan Sistem Persyarafan	Memori : panjang Perhatian : dapat mengulang Bahasa : baik Kognisi : baik Orientasi : orang, tempat, waktu baik Saraf sensori : nyeri tusuk, suhu dan sentuhan Terdapat Saraf koordinasi/ serebral Reflex fisiologis : (2) normal Reflex patologis : babinsky (-) Tidak ada keluhan pusing Istirahat/tidur ± 5-6 jam/hari Saraf kranial : 1. N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) 2. N2 : Normal (Pasien mampu membaca dalam jarak 30 cm) 3. N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) 4. N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan	Memori : panjang Perhatian : dapat mengulang Bahasa : baik Kognisi : baik Orientasi : orang, tempat, waktu baik Saraf sensori : nyeri tusuk, suhu dan sentuhan Terdapat Saraf koordinasi/ serebral Reflex fisiologis : (2) normal Reflex patologis : babinsky (-) Tidak ada keluhan pusing Istirahat/tidur ± 5-6 jam/hari Saraf kranial : 1. N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) 2. N2 : Normal (Pasien mampu membaca dalam jarak 30 cm) 3. N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) 4. N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah) 5. N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah)

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2								
	bola mata kebawah) 5. N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah) 6. N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping) 7. N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) 8. N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik) 9. N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) 10. N10 : Normal (Pasien mampu menelan) 11. N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) 12. N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah)	6. N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping) 7. N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) 8. N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik) 9. N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) 10. N10 : Normal (Pasien mampu menelan) 11. N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) 12. N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah)								
Pemeriksaan Sistem Perkemihan	Kebersihan : bersih Keluhan kencing : poliuri Kemampuan berkemih : spontan (memakai pempers) Produksi urin ±3400ml/hari warna kuning pekat bau khas urin Kandung kemih : tidak ada nyeri tekan dan pembesaran	Kebersihan : bersih Keluhan kencing : - Kemampuan berkemih : spontan (memakai pempers) Produksi urin ±1200ml/hari warna kuning pekat bau khas urin Kandung kemih : tidak ada nyeri tekan dan pembesaran								
Balace cairan	I : 3427 O : 2740,62 BC : + 686,38	I : 3427 O : 2431,25 BC : +995,75								
Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	Pergerakan sendi terbatas Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">4</td><td>5</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">4</td><td>5</td></tr> </table> Tidak ada kelainan ekstremitas, tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak ada luka,, turgor kulit kurang, tidak ada edema ekstremitas Penilaian resiko dekubitus : 17 (ringan)	4	5	4	5	Pergerakan sendi terbatas Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5</td><td>4</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5</td><td>5</td></tr> </table> Tidak ada kelainan ekstremitas, tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak ada luka,, turgor kulit kurang, tidak ada edema ekstremitas Penilaian resiko dekubitus : 19 (ringan)	5	4	5	5
4	5									
4	5									
5	4									
5	5									

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
Pemeriksaan Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening Trias DM : ya Nilai GDA : 143 (jam 10.00) Tidak ada luka DM	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening Trias DM : tidak ada
Seksualitas Dan Reproduksi	Tidak ada benjolan pada payudara, tidak ada masalah/kelainan prostat	Tidak ada benjolan pada payudara, tidak ada masalah/kelainan prostat
Pemeriksaan Keamanan Lingkungan	Skala morse : 25 (sedang)	Skala morse : 15 (rendah)
Pengkajian Psikososial	Persepsi pasien terhadap penyakit : cobaan Tuhan Ekspresi pasien terhadap penyakitnya : murung/diam Kooperatif saat interaksi Tidak ada gangguan konsep diri	Persepsi pasien terhadap penyakit : cobaan Tuhan Ekspresi pasien terhadap penyakitnya : murung/diam Kooperatif saat interaksi Tidak ada gangguan konsep diri
Pengkajian Spiritual	Kebiasaan sebelum sakit : sering Selama sakit : tidak pernah	Kebiasaan sebelum sakit : sering Selama sakit : tidak pernah
Personal Hygiene dan kebiasaan	Mandi : 1 x/hari (seka) Keramas : tidak ada Memotong kuku : seminggu sekali Ganti pakaian : 1 x/hari Sikat gigi : tidak pernah Tidak merokok dan minum alkohol	Mandi : 1 x/hari (seka) Keramas : tidak ada Memotong kuku : seminggu sekali Ganti pakaian : 1 x/hari Sikat gigi : tidak pernah Tidak merokok dan minum alkohol
Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium lengkap Leukosit : $12,42 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Eritrosit : $5,19 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ Hemoglobin : 15,2 g/dl Hemotokrit : 42,6 % MCV : 82,2 fL MCH : 29,3pg MCHC : 35,6 g/dl PLT : $365 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ RDW-SD : 45,1 fL RDW-CV : 15,8% PDW : 15,4 fL MPV : 8,3 fL P-LCR : 15 % PCT : 0.30% Neutrofil # : $10,4 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Neutrophil % : 83% Limfosit # : $0,93 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	Laboratorium lengkap Leukosit : $9,98 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Eritrosit : $4,71 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ Hemoglobin : 13,2 g/dl Hemotokrit : 39,0 % MCV : 82,9 fL MCH : 28,1pg MCHC : 33,9 g/dl PLT : $307 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ RDW-SD : 40,5 fL RDW-CV : 13,9% PDW : 15,5 fL MPV : 7,7 fL P-LCR : 12% PCT : 0.24% Neutrofil # : $6,8 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Neutrophil % : 69% Limfosit # : $2,08 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
	Limfosit % : 8%	Limfosit % : 21%
	Monosit # : 0.99 10 ³ /μL	Monosit # : 0.69 10 ³ /μL
	Monosit % : 8%	Monosit % : 7%
	Eosinophil # : 0.07 10 ³ /μL	Eosinophil # : 0.31 10 ³ /μL
	Eosinophil % : 1%	Eosinophil % : 3%
	Basophil # : 0,1 10 ³ /μL	Basophil # : 0,1 10 ³ /μL
	Basophil % : 1%	Basophil % : 1%
	Glukosa sewaktu : 208 g/d	Glukosa sewaktu : 97 g/dl
	SGOT : 15 U/L	Ureum : 35,9 mEq/L
	SGPT : 14 U/L	Creatinin : 1,1 mg/dl
	Ureum : 25,5 mEq/L	Natrium : 140 mEq/L
	Creatinin : 1,2 mg/dl	Kalium : 3,9 mEq/L
	Natrium : 137 mEq/L	Chloride : 105 mEq/L
	HbA1c : 4,8 %	Cholesterol : 181 mg/dl
	Cholesterol 181 mg/dl	Trigliserida : 196 mg/dl
	Trigliserida : 93 mg/dl	HDL Cholesterol : 36 mg/dl
	HDL kolesterol : 44 mg/dl	LDL Cholesterol : 105 mg/dl
	LDL kolesterol : 118 mg/dl	Asam urat : 9,6 mg/dl
	Asam urat : 6,8 mg/dl	
	CT-SCAN : hemiparesis sinistra suspek SNH	CT-SCAN : tidak ada keterangan
Obat yang diterima	IVFD RL 20 tpm Inj. Ranitidin 2 x 1 ampul CPG 1 x 75 mg PO (oral) ISDN 3 X 5 mg (oral) B. Kompleks 1 x 1 tablet Novorapid 3 x 4 ui	IVFD RL 20 tpm Inj. Ranitidin 2 x 1 ampul CPG 1 x 75 mg PO (oral) ISDN 3 X 5 mg (oral) B. Kompleks 1 x 1 tablet

4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
1.	Senin/ 29 April 2019	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi (D.0017) Ditandai dengan DS : - DO : 1. TD : 150/110 mmHg Nadi : 90 x/menit	Senin/ 29 April 2019	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi (D.0017) Ditandai dengan DS : - DO : 1. TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit

No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
		RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C MAP : 123,33 mmHg 2. Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅		RR : 17 x/menit Temp : 36 °C MAP : 96,67 mmHg 2. Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
2.	Senin / 29 April 2019	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia (D.0027) Ditandai dengan DS : Pasien dan keluarga pasien mengatakan “mempunyai riwayat gula darah dan sering control 2 minggu sekali dan pasien mengatakan mudah lelah dan sering merasakan lapar dan haus” DO : 1. GDS : 143 (jam 10.00) 2. Jumlah urin : ±1200ml/8jam dan sering mengganti pempers setiap 5 jam sekali		
3.	Senin/ 29 April 2019	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054) Ditandai dengan DS : Pasien mengatakan “Mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kakinya kanandan Mengeluh nyeri saat bergerak” DO : 1. Kekuatan otot menurun	Senin/ 29 April 2019	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054) Ditandai dengan DS : Pasien mengatakan “Mengeluh agak kaku menggerakkan tangan kiri terkadang mengeluh sakit saat bergerak” DO : 1. Kekuatan otot menurun

No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
		4 5 4 5		5 4 5 5
		2. Rentang gerak (ROM) menurun pada tangan dan kaki kanan		2. Rentang gerak (ROM) menurun pada tangan kiri
		3. Sendi kaku pada tangan dan kaki kanan terutama siku dan lutut		3. Sendi kaku pada tangan kiri terutama siku masih agak kaku
		4. Gerakan terbatas pada tangan dan kaki yang mengalami kelemahan		4. Gerakan terbatas pada tangan kiri yang masih melemah
		5. Barthel indeks : 10 (sedang)		5. Barthel indeks : 17 (ringan)
4.	Senin/ 29 April 2019	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111) Ditandai dengan DS : Pasien dan keluarga pasien Menanyakan “masalah yang dihadapi seperti gejala kemudian penanganannya” DO : 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (dari pola makan pasien yang masih sembarang) 2. Pasien dan keluarga terlihat bingung	Senin/ 29 April 2019	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111) Ditandai dengan DS : Pasien dan keluarga pasien Menanyakan “masalah yang dihadapi seperti gejala kemudian penanganannya” DO : 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (dari pola makan pasien yang masih sembarang) 2. Pasien dan keluarga terlihat bingung

No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
5.	Senin/ 29 April 2019	Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D.0143) Ditandai dengan DS : - DO : 4 5 4 5 Pergerakan sendi terbatas pada tangan dan kaki kanan terutama lutut dan siku Skala morse : 25 (sedang)		

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3 Perencanaan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
Senin/ 29 April 2019	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi (D.0017) Ditandai dengan DS : - DO : 1. TD : 150/110 mmHg Nadi : 90 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C MAP : 123,33 mmHg 2. TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 17 x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 8 jam diharapkan tidak terjadi penurunan sirkulasi darah ke otak dengan kriteria hasil : 1. Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 4 2. Tekanan intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan pada 4	1.1 Pemantauan tekanan intrakranial : monitor tanda-tanda vital 1.2 Pemantauan tekanan intrakranial : Monitor tingkat kesadaran 1.3 Pemantauan neurologis : Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial 1.4 Pemantauan neurologis : Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.5 Pemberian obat : kolaborasi pemberian obat oral

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
	Temp : 36 °C MAP : 96,67 mmHg 3. Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅		
Senin/ 29 April 2019	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia (D.0027) Ditandai dengan DS : Pasien dan keluarga pasien mengatakan “mempunyai riwayat gula darah dan sering kontrol 2 minggu sekali dan pasien mengatakan mudah lelah dan sering merasakan lapar dan haus” DO : 1. GDS : 143 (jam 10.00) 2. Jumlah urin : ±1200ml/8 jam dan sering mengganti pempers setiap 5 jam sekali	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 8 jam diharapkan kadar glukosa darah normal dengan kriteria hasil 1. Glukosa darah dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	2.1 Manajemen hiperglikemik : identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemik 2.2 Manajemen hiperglikemik : monitor kadar glukosa darah 2.3 Edukasi diet : anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 2.4 Edukasi diet : informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 2.5 Manajemen hiperglikemik : kolaborasi pemberian insulin
Senin/ 29 April 2019	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054) Ditandai dengan DS : 1. Pasien 1 mengatakan “Mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kakinya kanandan Mengeluh nyeri saat bergerak”	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan mobilitas fisik pasien baik dengan kriteria Hasil 1. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	3.1 Dukungan mobilisasi : identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Dukungan mobilisasi : Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Teknik latihan penguatan sendi : Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
	2. Pasien 2 mengatakan “Mengeluh agak kaku menggerakkan tangan kiri terkadang mengeluh sakit saat bergerak”		3.4 Teknik latihan penguatan sendi : Ajarkan melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)
	DO : Pasien 1		3.5 Teknik latihan penguatan sendi : Kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan
	1. Kekuatan otot menurun $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$		
	2. Rentang gerak (ROM) menurun pada tangan dan kaki kanan		
	3. Sendi kaku pada tangan dan kaki kanan terutama siku dan lutut		
	4. Gerakan terbatas pada tangan dan kaki yang mengalami kelemahan		
	5. Barthel indeks : 10 (sedang)		
	DO : Pasien 2		
	1. Kekuatan otot menurun $\frac{5}{5} \mid \frac{4}{5}$		
	2. Rentang gerak (ROM) menurun pada tangan kiri		
	3. Sendi kaku pada tangan kiri terutama siku masih agak kaku		

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi				
	4. Gerakan terbatas pada tangan kiri yang masih melemah						
	5. Barthel indeks : 17 (ringan)						
Senin/ 29 April 2019	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111) Ditandai dengan DS : Pasien dan keluarga pasien Menanyakan “masalah yang dihadapi seperti gejala kemudian penanganannya” DO : 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (dari pola makan pasien yang masih sembarang) 2. Pasien dan keluarga terlihat bingung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 8 jam diharapkan pengetahuan pasien bertambah dengan kriteria hasil : 1. Tanda dan gejala stroke dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 5 2. Faktor risiko gaya hidup dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 5	4.1 Edukasi kesehatan : Identifikasi tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit 4.2 Edukasi proses penyakit : Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 4.3 Edukasi proses penyakit : jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 4.4 Edukasi kesehatan : jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan				
Senin/ 29 April 2019	Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D.0143) Ditandai dengan DS : - DO : <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> Pergerakan sendi terbatas pada tangan dan kaki kanan terutama lutut dan siku Skala morse : 25 (sedang)	4	5	4	5	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 8 jam di harapkan tidak terjadi resiko jatuh pada pasien. kriteria hasil 1. Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4	5.1 Pemantauan risiko jatuh : Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu 5.2 Pemantauan risiko jatuh : Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh 5.3 Pencegahan jatuh : monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
4	5						
4	5						

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
		ditingkatkan pada 5	5.4 Pencegahan jatuh : pasang handrall tempat tidur
		3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	5.5 Edukasi pengurangan risiko : Ajarkan pencegahan cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
		4. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	
		5. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	
		6. Latihan untuk mengurangi risiko jatuh dipertahankan pada 2 ditingkatkan ke 4	

1.1.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Pasien 1 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 29 April 2019 Jam 08.00	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 150/110 mmhg Nadi : 90 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C
	1.2 Melakukan pengukuran tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	2.1 Menanyakan kemungkinan penyebab hiperglikemik	Terlihat dimeja pasien makanan dari luar kemudian keluarga mengatakan bahwa pasien makan apa saja karena Susah menolak keinginan pasien

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
2.2	Melakukan pengukuran kadar gula darah	GDS : 143 (jam 10.00)
3.1	Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Terlihat pasien dibantu dalam pemenuhan adls
3.5	Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan	Pada saat pasien di fisioterapi pasien masih merasa kesakitan pada bagian siku dan lutut sebelah kanan
5.1	Melakukan pengkajian defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu	Kekuatan otot pasien yang menurun sehingga meningkatkan risiko jatuh
5.2	Melakukan pengkajian karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh	Pagar bed pasien selalu dipasang dan pasien dilarang turun dari tempat tidur
2.5	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kiri
2.3	Memberitahukan mengganti dan memberikan bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan	Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan drai rumah sakit dan porsi habis
1.5	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg
4.1	Melakukan pengkajian terhadap tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit	Pasien dan keluarga pasien mengatakan tidak begitu memahami tentang penyakit pasien
1.3	Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial	Pasien dilarang turun dari tempat tidur
5.4	Melakukan pemasangan <i>handrall</i> tempat tidur	Selalu memasang kembali <i>handrall</i> tempat tidur saat menurunkannya

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
	1.4 Memberitahukan tujuan dan prosedur pemantauan	Perawat menjelaskan bahwa aktivitas pasien hanya ditempat tidur karena dapat meningkatkan TD pasien sehingga dapat berakibat pasien pusing dan jatuh
	5.3 Melakukan pengkajian terhadap kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya	Pasien dibantu oleh 1 orang dewasa untuk memindahkan dari tempat tidur ke kursi roda
	2.4 Memberitahu makanan yang diperbolehkan dan dilarang	Perawat menjelaskan dan pasien memahami apa yang disampaikan meski terkadang masih melanggar untuk makan yang dilarang.
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan senyaman mungkin dan terlentang
	3.4 Memberitahukan untuk melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)	Memberitahu cara ROM kepada pasien dan pasien mengikuti intruksi yang diberikan. Belum ada perubahan dan pasien masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis.
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 160/100 mmhg Nadi : 96 x/menit RR : 20 x/menit Temp : 36,2 °C
Hari 2 30 April 2019 Jam 07.00	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 170/110 mmhg Nadi : 98 x/menit RR : 20 x/menit Temp : 36,4 °C
	1.2 Melakukan pengukuran tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	2.1 Menanyakan kemungkinan penyebab hiperglikemik	Terlihat dimeja pasien makanan dari luar kemudian keluarga mengatakan bahwa pasien makan apa saja karena susah menolak keinginan pasien
	2.2 Melakukan pengukuran kadar gula darah	GDS : 153 (jam 07.00)
	3.5 Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam	Saat pasien dilakukan fisioterapi masih merasa kesakitan pada bagian siku dan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
	melaksanakan program latihan	lutut sebelah kanan
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Pasien masih dibantu dalam pemenuhan adls
	2.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kanan
	2.3 Memberitahukan mengganti dan memberikan makanan sesuai dengan diet yang diperbolehkan	Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan drai rumah sakit dan porsi habis
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak pasif dan aktif (ROM)	Belum ada perubahan dan pasien masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis. $\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 150/90 mmhg Nadi : 90 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,2 °C
	4.3 Memberitahukan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit	Setelah dijelaskan oleh perawat pasien dan keluarga pasien memahami tanda dan gejala yang timbul pada penyakit stroke
	5.5 Memberitahukan pencegahan cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien	Pasien memahami apa yang dijelaskan perawat untuk meminimalkan cedera saat terjatuh dan juga Keluarga pasien memahami untuk mengurangi risiko pasien jatuh seperti menaikkan bed tempat tidur

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 3 01 Mei 2019 Jam 15.30	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 150/100 mmhg Nadi : 100 x/menit RR : 20 x/menit Temp : 36,5 °C
	1.2 Melakukan pengukuran tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	2.2 Melakukan pengukuran kadar gula darah	GDS : 148 (jam 07.00)
	2.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kiri
	2.3 Memberitahukan mengganti dan memberikan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan	Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan drai rumah sakit dan porsi habis
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Pasien masih dibantu dalam pemenuhan adls
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)	Sudah ada perubahan pasien dapat mengikuti perintah untuk mengangkat tangan kaki pasien meskipun terkadang masih sedikit kaku dan pasien meringis
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 180/100 mmhg Nadi : 98 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,4 °C
	5.1 Melakukan pengkajian defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu	Kekuatan otot pasien menurun sehingga meningkatkan risiko jatuh

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
	5.2 Melakukan pengkajian karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh	Pagar bed pasien selalu dipasang dan pasien dilarang turun dari tempat tidur Lantai tidak licin dan selalu kering, begitu juga lantai kamar mandi
	4.2 Memberitahukan proses patofisiologi munculnya penyakit	Pasien dan keluarga pasien memahami apa yang disampaikan perawat dan keluarga antusias bertanya
	4.4 Memberitahukan dan mendiskusikan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	Keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien tidak merokok maupun minum alkohol dan sering berolahraga namun dalam hal makanan keluarga mengatakan pasien makan apa saja tambah ada batasan.
Hari 4 02 Mei 2019 Jam 08.00	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 180/100 mmhg Nadi : 110 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C
	1.2 Melakukan pengukuran tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	2.2 Melakukan pengukuran kadar gula darah	GDS : 148 (jam 07.00)
	3.5 Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan	Saat pasien di fisioterapi pasien sudah mulai ada perubahan meskipun terkadang pasien masih merasakan sakit pada bagian siku dan lutut
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	2.5 Melakukan koalborasi dengan dokter dalam pemberian insulin	Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kanan
	2.3 Memberitahukan mengganti dan memberikan makanan yang sesuai dengan diet yang diprogramkan	Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan drai rumah sakit dan porsi habis
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik melakukan pergerakan	Pasien masih dibantu dalam pemenuhan adls
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)	Sudah ada perubahan pasien dapat mengikuti perintah untuk mengangkat tangan kaki pasien meskipun terkadang masih sedikit kaku dan pasien meringis
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 150/90 mmhg Nadi : 96 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,2 °C
	5.1 Melakukan pengkajian defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu	Kekuatan otot pasien masih lemah sehingga meningkatkan risiko jatuh
	5.2 Melakukan pengkajian karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh	Pagar bed pasien selalu dipasang dan pasien dilarang turun dari tempat tidur Lantai tidak licin dan selalu kering, begitu juga lantai kamar mandi

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan Pasien 2 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 29 April 2019 Jam 08.00	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 17 x/menit Temp : 36 °C
	1.2 Melakukan pengukuran tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Pasien masih dibantu ADLs
	4.1 Melakukan pengkajian terhadap tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit	Pasien dan keluarga pasien mengatakan bahwa hanya mengetahui salah satu tanda dan gejala stroke Karena sebelum masuk sudah di jelasin oleh perawat
	1.3 Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial	Pasien tidak diperbolehkan turun dari bed tempat tidur dan aktivitas hanya di tempat tidur
	1.4 Memberitahukan tujuan dan prosedur pemantauan	Perawat menjelaskan bahwa aktivitas pasien hanya ditempat tidur karena dapat meningkatkan TD pasien sehingga dapat berakibat pasien pusing dan jatuh
	3.5 Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan	Pada saat pasien di fisioterapi pasien sudah mulai ada perubahan meskipun masih ada rasa sakit pada siku kiri pasien
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)	Melatih cara ROM kepada pasien dan pasien mengikuti intruksi yang diberikan. Sudah ada perubahan namun masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis.
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 140/90 mmHg Nadi : 90 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,2 °C

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 2 30 April 2019 Jam 07.00	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,3 ⁰ C
	1.2 Melakukan pengukuran tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Pasien mulai beraktivitas seperti kamar mandi sendiri
	3.5 Melakukan kolaborasi fisioterapi dalam melaksanakan program latihan	Pada saat pasien di fisioterapi pasien sudah mulai ada perubahan meskipun masih ada rasa sakit pada siku kiri pasien
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)	Sudah ada perubahan dan rasa sakit saat di ROM sudah berkurang dan terkadang pasien melatih tangan kanan dengan mandiri/ROM aktif
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 17 x/menit Temp : 36,5 ⁰ C
	4.3 Memberitahukan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit	Keluarga pasien mengatakan hanya memahami 1 tanda dan gejala dari penyakit pasien. Perawat memberitahu tanda dan gejala lainnya dan pasien memahami

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 3 01 Mei 2019 Jam 15.30	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,3 ⁰ C
	1.2 Melakukan pengkajian tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Pasien sudah diperbolehkan beraktivitas dan kamar mandi sendiri
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan nyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)	Pasien dapat melakukan gerakan ROM secara mandiri meskipun terkadang dibantu oleh perawat
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 130/80 mmHg Nadi : 86 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,6 ⁰ C
	4.2 Memberitahukan proses patofisiologi munculnya penyakit	Pasien dan keluarga pasien memahami apa yang disampaikan perawat dan keluarga antusias bertanya
	4.4 Memberitahukan dan mendiskusikan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	Keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien dulu merokok namun sudah bertahun-tahun berhenti dan tidak minum alkohol dan sering berolahraga namun dalam hal makanan keluarga mengatakan pasien makan apa saja tambah ada batasan.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 4 02 Mei 2019 Jam 08.00	1.1 Melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital	TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,3 ⁰ C
	1.2 Melakukan pengkajian tingkat kesadaran	Compos mentis E ₄ M ₆ V ₅
	1.5 Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat oral	Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg
	3.1 Melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan	Pasien sudah diperbolehkan beraktivitas dan kamar mandi sendiri
	3.5 Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan	Pasien sudah ada perubahan dalam terlihat pasien dapat melatih gerakan yang diberikan secara mandiri
	3.3 Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi	Pasien diposisikan nyaman mungkin dan dalam posisi terlentang
	3.4 Melakukan latihan rentan gerak pasif dan aktif (ROM)	Pasien mampu melakukan gerakan aktif secara mandiri
	3.2 Melakukan pengukuran dan menghitung <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan	TD : 120/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 16 x/menit Temp : 36,2 ⁰ C

1.2.1.1 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.6 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 1 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 29 April 2019 Jam 14.00	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	S : - O : TD : 150/110 mmHg Nadi : 90 x/menit

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>Pasien dilarang turun dari tempat tidur</p> <p>Perawat menjelaskan bahwa aktivitas pasien hanya ditempat tidur karena dapat meningkatkan TD pasien sehingga dapat berakibat pasien pusing dan jatuh</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.5 Kolaborasi pemberian obat oral</p> <p>S : Pasien dan keluarga pasien mengatakan “mempunyai riwayat gula darah dan sering kontrol 2 minggu sekali dan pasien mengatakan mudah lelah dan sering merasakan lapar dan haus”</p> <p>O : GDS : 143 (jam 10.00)</p> <p>Terlihat dimeja pasien makanan dari luar</p> <p>Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kiri</p> <p>Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan dari rumah sakit dan porsi habis</p> <p>Perawat menjelaskan dan pasien memahami apa yang disampaikan meski terkadang masih melanggar untuk makan yang</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
	DX 3 : Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	<p>dilarang.</p> <p>A : Masalah ketidakstabilan kadar gula darah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemik 2.2 Monitor kadar gula darah 2.3 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 2.5 Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>S : “Pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kakinya dan terkadang mengeluh sakit saat digerakkan”</p> <p>O : Terlihat pasien dibantu dalam pemenuhan ADLs</p> <p>Memberitahu cara ROM kepada pasien dan pasien mengikuti intruksi yang diberikan. Belum ada perubahan dan pasien masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis.</p> <p>Pada saat pasien di fisioterapi pasien masih merasa kesakitan pada bagian siku dan lutut sebelah kanan</p> <p>Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang</p> <p>TD : 160/100 mmHg Nadi : 96 x/menit RR : 20 x/menit Temp : 36,2 °C</p> <p>Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="959 1854 1054 1928"> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	4	5	4	5
4	5					
4	5					

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 3.4 Ajarkan melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (rom) 3.5 Kolaborasi fisioterapi dalam melaksanakan program latihan</p>
	DX 4 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>S : "Pasien dan keluarga pasien terkadang menanyakan masalah yang dihadapi"</p> <p>O : Pasien dan keluarga pasien mengatakan tidak begitu memahami tentang penyakit pasien</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.3 Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit</p>
	DX 5 : Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun	<p>S : -</p> <p>O : Kekuatan otot pasien menurun sehingga meningkatkan risiko jatuh</p> <p>pasien dilarang turun dari tempat tidur</p> <p>Selalu memasang kembali <i>handrall</i> tempat saat menurunkannya</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 2 30 April 2019 Jam 13.00	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p>A : Masalah resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.5 Ajarkan pasien bagaimana jatuh untuk meminimalkan cedera</p>
	Dx 2 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia	<p>S : -</p> <p>O : TD : 170/110 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20 x/menit Temp : 36,4 °C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.5 Kolaborasi pemberian obat oral</p> <p>S : Pasien dan keluarga pasien mengatakan “bahwa pasien makan apa saja karena susah menolak keinginan pasien”</p> <p>O : Terlihat dimeja pasien makanan dari luar</p> <p>GDS : 153 (jam 07.00)</p> <p>Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kanan</p> <p>Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
	DX 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>dari rumah sakit dan porsi habis</p> <p>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.2 Monitor kadar gula darah 2.3 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 2.5 Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>S : “Pasien mengeluh masih agak sulit menggerakkan tangan dan kakinya dan terkadang mengeluh sakit saat digerakkan”</p> <p>O : Terlihat pasien dibantu dalam pemenuhan ADLs. Belum ada perubahan dan pasien masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis. Saat pasien dilakukan fisioterapi masih merasa kesakitan pada bagian siku dan lutut sebelah kanan. Pasien masih dibantu dalam pemenuhan ADLs.</p> <p>TD : 150/90 mmHg Nadi : 90 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,2 °C</p> <p>Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="959 1753 1059 1832"> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>	4	5	4	5
4	5					
4	5					

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 3.4 Ajarkan melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (rom) 3.5 Kolaborasi fisioterapi dalam melaksanakan program latihan
	DX 4 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>S : “pasien dan keluarga pasien terkadang masih menanyakan masalah yang dihadapi”</p> <p>O : Setelah dijelaskan oleh perawat pasien dan keluarga pasien memahami tanda dan gejala yang timbul pada penyakit stroke</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Jelaskan proses patofisiologis munculnya penyakit 4.4 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
	DX 5 : Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun	<p>S : -</p> <p>O : Pasien memahami apa yang dijelaskan perawat untuk meminimalkan cedera saat terjatuh</p> <p>Keluarga pasien memahami untuk mengurangi risiko pasien jatuh seperti menaikkan bed tempat tidur</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 3 01 Mei 2019 Jam 20.30	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p>A : Masalah resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.1 Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu 5.2 Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh</p>
	DX 2 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d hiperglikemia	<p>S : -</p> <p>O : TD : 180/100 mmHg Nadi : 100 x/menit RR : 20 x/menit Temp : 36,5 °C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.5 Kolaborasi pemberian obat oral</p> <p>S : Pasien dan keluarga pasien mengatakan “bahwa pasien makan apa saja karena susah menolak keinginan pasien”</p> <p>O : GDS : 148 (jam 07.00)</p> <p>Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kiri</p> <p>Pasien diit BTKTP</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>Pasien memakan makanan yang diberikan dari rumah sakit dan porsi habis</p> <p>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.2 Monitor kadar gula darah 2.3 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 2.5 Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>S : “Pasien mengeluh masih agak sulit menggerakkan tangan dan kakinya dan terkadang mengeluh sakit saat digerakkan”</p> <p>O : Pasien masih dibantu dalam pemenuhan ADLs</p> <p>Sudah ada perubahan pasien dapat mengikuti perintah untuk mengangkat tangan kaki pasien meskipun terkadang masih sedikit kaku dan pasien meringis</p> <p>TD : 180/100 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,4 °C</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 3.4 Ajarkan melakukan latihan rentan gerak</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		aktif dan pasif (rom) 3.5 Kolaborasi fisioterapi dalam melaksanakan program latihan
	DX 4 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>S : “Keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien tidak merokok maupun minum alkohol dan sering berolahraga namun dalam hal makanan keluarga mengatakan pasien makan apa saja tanpa ada batasan dan keluarga akan menjaga pola makan pasien”</p> <p>O : Pasien dan keluarga pasien memahami apa yang disampaikan perawat dan keluarga antusias bertanya</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>
	DX 5 : Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun	<p>S : -</p> <p>O : Kekuatan otot pasien menurun sehingga meningkatkan risiko jatuh</p> <p>Pagar bed pasien selalu dipasang dan pasien dilarang turun dari tempat tidur</p> <p>A : Masalah resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.1 Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu 5.2 Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 4 02 Mei 2019 Jam 12.00	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p>S : -</p> <p>O : TD : 150/98 mmHg Nadi : 97 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,6 °C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>A : Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Hentikan intervensi (pasien diperbolehkan pulang)</p>
	DX 2 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia	<p>S : Pasien dan keluarga pasien mengatakan “bahwa pasien masih makan sembarang namun dibatasi”</p> <p>O : GDS : 138 (jam 07.00)</p> <p>Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kanan</p> <p>Pasien diit BTKTP Pasien memakan makanan yang diberikan dari rumah sakit dan porsi habis</p> <p>A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P : Hentikan intervensi (pasien diperbolehkan pulang dan lanjut kontrol gula darah)</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
DX 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>S : “Pasien mengeluh masih agak sulit menggerakkan tangan dan kakinya dan terkadang mengeluh sakit saat digerakkan”</p> <p>O : Pasien masih dibantu dalam pemenuhan ADLs</p> <p>Sudah ada perubahan pasien dapat mengikuti perintah untuk mengangkat tangan kaki pasien meskipun terkadang masih sedikit kaku dan pasien meringis</p> <p>TD : 150/90 mmHg Nadi : 96 x/menit RR : 21 x/menit Temp : 36,2 °C</p> <p>A : Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.5 Ajarkan ROM pada pasien (lanjutkan Kontrol di fisioterapi)</p> <p>S : -</p>	
DX 5 : Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun	<p>O : Kekuatan otot pasien masih lemah sehingga meningkatkan risiko jatuh</p> <p>Pagar bed pasien selalu dipasang dan pasien dilarang turun dari tempat tidur</p> <p>A : Masalah resiko terjatuh tidak terjadi</p> <p>P : Hentikan intervensi (pasien diperbolehkan pulang)</p>	

Tabel 4.7 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 2 Dengan Stroke Non Hemoragik Di Stroke Center RSUD AWS Tahun 2019

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 29 April 2019 Jam 14.00	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p>S : -</p> <p>O : TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 17 x/menit Temp : 36 °C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅ Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>Pasien tidak diperbolehkan turun dari bed tempat tidur dan aktivitas hanya di tempat tidur</p> <p>Perawat menjelaskan bahwa aktivitas pasien hanya ditempat tidur karena dapat meningkatkan TD pasien sehingga dapat berakibat pasien pusing dan jatuh</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.5 Kolaborasi pemberian obat oral</p>
	DX 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>S : “Pasien mengeluh masih agak sulit menggerakkan tangan terkadang mengeluh sedikit sakit saat digerakkan”</p> <p>O : Pasien masih dibantu ADLs</p> <p>Memberitahu cara ROM kepada pasien dan pasien mengikuti intruksi yang diberikan. Sudah ada perubahan</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>namun masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis.</p> <p>TD : 140/90 mmHg Nadi : 90 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,2 °C</p> <p>Pada saat pasien di fisioterapi pasien sudah mulai ada perubahan meskipun masih ada rasa sakit pada siku kiri pasien</p> <p>Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 3.4 Ajarkan melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM) 3.5 Kolaborasi fisioterapi dalam melaksanakan program latihan</p> <p>S : “pasien dan keluarga pasien terkadang masih menanyakan masalah yang dihadapi”</p> <p>O : Pasien dan keluarga pasien mengatakan bahwa hanya mengetahui salah satu tanda dan gejala stroke Karena sebelum masuk sudah di jelasin oleh perawat</p>
	DX 4 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.3 Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit</p>
<p>Hari 2 30 April 2019 Jam 13.00</p>	<p>DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi</p> <p>DX 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot</p>	<p>S : -</p> <p>O : TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,3°C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.5 Kolaborasi pemberian obat oral</p> <p>S : “pasien mengatakan sudah biasa menggerakkan tangannya dengan baik dan memenuhi kebutuhannya sendiri”</p> <p>O : Pasien mulai beraktivitas seperti kekamar mandi sendiri</p> <p>Sudah ada perubahan dan rasa sakit saat di ROM sudah berkurang dan terkadang pasien melatih tangan kanan dengan mandiri/ ROM aktif</p> <p>TD : 130/80 mmHg Nadi : 82 x/menit</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>RR : 17 x/menit Temp : 36,5°C</p> <p>Pada saat pasien di fisioterapi pasien sudah mulai ada perubahan meskipun masih ada rasa sakit pada siku kiri pasien</p> <p>Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 3.4 Ajarkan melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM) 3.5 Kolaborasi fisioterapi dalam melaksanakan program latihan</p> <p>S : “Keluarga pasien mengatakan hanya memahami 1 tanda dan gejala dari penyakit pasien. Perawat memberitahu tanda dan gejala lainnya dan pasien memahami”</p> <p>O : Pasien terlihat bigung dan antusias menanyakan tentang penyakitnya</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.2 Jelaskan proses patofisiologis munculnya penyakit</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		4.4 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
Hari 3 01 Mei 2019 Jam 20.30	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p>S :-</p> <p>O : TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,3^oC</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p> <p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.5 Kolaborasi pemberian obat oral</p> <p>S : “pasien mengatakan sudah biasa menggerakkan tangannya dengan baik dan memenuhi kebutuhannya sendiri”</p> <p>O : Pasien sudah diperbolehkan beraktivitas dan kekamar mandiri sendiri</p> <p>Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang</p> <p>Pasien dapat melakukan gerakan ROM secara mandiri meskipun terkadang dibantu oleh perawat</p> <p>TD : 130/80 mmHg Nadi : 86 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,6^oC</p>
	DX 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	DX 4 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.2 Monitoring <i>vital sign</i> sebelum/ sesudah latihan dan liat respon pasien saat latihan 3.3 Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi 3.4 Ajarkan melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM)</p> <p>S : “Keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien dulu merokok namun sudah bertahun-tahun berhenti dan tidak minum alkohol dan sering berolahraga namun dalam hal makanan keluarga mengatakan pasien makan apa saja tanpa ada batasan”</p> <p>O : Pasien dan keluarga pasien memahami apa yang disampaikan perawat dan keluarga antusias bertanya</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>
Hari 4 02 Mei 2019 Jam 12.00	DX 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p>S : -</p> <p>O : TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 18 x/menit Temp : 36,3°C</p> <p>Compos mentis E₄M₆V₅</p> <p>Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi</p> <p>P : Hentikan intervensi (pasien diperbolehkan pulang)</p>
	DX 3 : Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>S : "pasien mengatakan sudah biasa menggerakkan tangannya dengan baik dan memenuhi kebutuhannya sendiri"</p> <p>O : Pasien sudah diperbolehkan beraktivitas dan kekamar mandiri sendiri Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang Pasien mampu melakukan gerakan aktif secara mandiri</p> <p>TD : 120/80 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 16 x/menit Temp : 36,2°C</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi (pasien diperbolehkan pulang)</p>

4.2 Pembahasan

4.2.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi

(D.0017)

Berdasarkan data diatas di peroleh hasil pengkajian pada pasien 1 yaitu tingkat kesadaran Compos mentis ($E_4M_6V_5$), TD : 150/110 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 21 x/menit, Temp : 36,6 °C, MAP : 123,33 mmHg dan usia 72 tahun sedangkan pada pasien 2 yaitu tingkat kesadaran compos mentis ($E_4M_6V_5$), TD : 130/80 mmHg, Nadi : 82 x/menit, RR : 17 x/menit, Temp : 36 °C, MAP : 96,67 mmHg dan usia 69 tahun. Data dari kedua pasien memiliki perbedaan pada tanda-tanda vital namun memiliki tingkat kesadaran yang sama. Intervensi dari kedua pasien sama dimana implementasi dari kedua pasien yaitu melakukan pengukuran tanda-tanda vital, melakukan pengukuran tingkat kesadaran, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial, memberitahukan tujuan dan prosedur pemantauan dan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral, sehingga evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu TD : 150/98 mmHg, Nadi : 97 x/menit, RR : 21 x/menit, Temp : 36,6 °C, Compos mentis ($E_4M_6V_5$), Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg, Pasien dilarang turun dari tempat tidur dan Perawat menjelaskan bahwa aktivitas pasien hanya ditempat tidur karena dapat meningkatkan TD pasien sehingga dapat berakibat pasien pusing dan jatuh (tekanan darah pasien yang masih tinggi), sedangkan pada pasien 2 yaitu TD : 120/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 18 x/menit, Temp : 36,3 °C, Compos mentis ($E_4M_6V_5$), Pasien diberikan obat oral CPG 1x75 mg, B.Comp 1x1 mg, ISDN 3x5 mg, Pasien tidak diperbolehkan turun dari bed tempat tidur dan aktivitas hanya di tempat tidur dan

Perawat menjelaskan bahwa aktivitas pasien hanya ditempat tidur karena dapat meningkatkan TD pasien sehingga dapat berakibat pasien pusing dan jatuh (tekanan darah pasien yang masih kurang stabil).

Risiko perfusi serebral tidak efektif pada data kedua pasien diatas dipicu oleh hipertensi, hal ini sesuai penelitian Sarawati (2009) bahwa hipertensi merupakan penyebab stroke karena hipertensi menyebabkan terjadinya gangguan aliran darah tubuh, yaitu diameter pembuluh darah kelak akan mengecil (vasokonstriksi) sehingga darah yang mengalir ke otak akan berkurang, dengan pengurangan aliran darah ke otak maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa (hipoksia) karena suplai berkurang secara terus menerus mengakibatkan kematian otak.

Selain hipertensi dapat juga disebabkan faktor usia, hal ini diungkapkan menurut penelitian Saraswati (2009) bahwa semakin tua usia akan mudah terkena stroke karena system metabolisme tubuh mulai menurun sehingga dapat mengakibatkan pembuluh darah lebih kaku dan dapat memicu terjadinya plak (aterosklerosis) dan mengakibatkan suplai oksigen semakin terganggu.

Menurut asumsi penulis bahwa diangosa resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi pada kedua pasien karena sudah diberikan intervensi keperawatan yaitu melakukan pengukuran dan menghitung tanda-tanda vital, melakukan pengkajian tingkat kesadaran, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan intrakranial seperti memposisikan kepala lebih tinggi, memberitahu tujuan dan prosedur pemantauan dan melakukan kolaborasi dalam pemberian obat oral.

Hal ini sesuai penelitian sarawati (2009) bahwa dapat dilihat dari faktor pemicunya yaitu dari faktor hipertensi dan usia dari kedua pasien.

4.2.2 Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia (D.0027)

Berdasarkan data diatas di peroleh hasil pengkajian pada pasien 1 yaitu pasien mempunyai riwayat gula darah yaitu dari Ibu pasien dan rutin kontrol gula darah 2 minggu sekali, pasien juga mengonsumsi obat dirumah yaitu Metformin 500 mg, GDS pasien 143 sekitar jam 10.00 tanggal 29 April, pasien sering buang air kecil (poliuria), pada pemeriksaan laboratorium glukosa sewaktu pasien 208 g/dl. Sedangkan pada pasien 2 tidak mempunyai riwayat gula darah baik dalam keluarga pasien dan hasil laboratorium glukosa sewaktu 97 g/dl. Intervensi pada pasien 1 sesuai dengan implementasi yang dilakukan yaitu menanyakan kemungkinan penyebab hiperglikemik, melakukan pengukuran kadar gula darah, memberikan makanan yang terpilih yang sudah konsultasikan dengan ahli gizi, memberitahukan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin, sehingga evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu GDS : 138 (jam 07.00) hari ke-4 dimana pada hari ke-3 148 (jam 07.00), Terlihat dimeja pasien makanan dari luar, diberikan Novorapid 4 ui disuntik secara SC pada tangan sebelah kiri atau kanan , Pasien diit BTKTP, Pasien memakan makanan yang diberikan dari rumah sakit dan porsi habis serta Perawat menjelaskan dan pasien memahami apa yang disampaikan meski terkadang masih melanggar untuk makan yang dilarang.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dipicu oleh pengetahuan hal ini sesuai oleh teori Slamet Suyono (2002) bahwa pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus tidak hanya dengan mengkonsumsi obat antidiabetes (OHO maupun insulin), melainkan dengan pengaturan asupan makan yang sesuai dengan anjuran diet bagi pasien diabetes, melakukan aktivitas fisik yang rutin dan teratur sehingga dapat mengendalikan kadar gula darah. Selain itu menurut Depkes RI (2000) peningkatan prevalensi diabetes mellitus yang cukup tinggi disebabkan karena faktor adanya pola hidup dan pola makan yang berlebihan sehingga menyebabkan gangguan metabolisme.

Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi pada pasien 1 karena setelah dilakukan intervensi keperawatan yaitu melakukan pengkajian penyebab hiperglikemia, melakukan pengukuran gula darah, memberitahukan mengganti dan memberikan bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan seperti diet dari RS yaitu BTKTP, memberitahukan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin. Hal ini juga dapat dilihat dari pola makan pasien yang masih memakan makanan yang dilarang kemudian pasien yang sering ngemil makanan yang dilarang sehingga menyebabkan kestabilan kadar gula darah belum teratasi, hal ini sesuai teori Ningsih (2006) dalam upaya pengontrolan kadar gula darah dipengaruhi oleh pola makan dari pasien sendiri.

4.2.3 Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054)

Berdasarkan data diatas diperoleh hasil pengkajian pada kedua pasien mengeluh lemah pada kaki dan tanganya dimana pasien 1 kelemahan pada tangan dan kaki kanan sedangkan pasien 2 pada tangan kiri, kekuatan otot pada pasien 1 melemah dan sakit saat digerakkan atau dilakukan ROM terlihat pasien meringis dan ADLs pasien dibantu perawat dan aktivitas pasien hanya di tempat tidur karena tekanan darah yang masih tinggi. Sedangkan pada pasien 2 kekuatan otot sedikit melemah namun masih bisa beraktivitas secara mandiri meskipun belum di perbolehkan ke kamar mandi sendiri karena tekanan darah yang belum stabil, saat dilakukan ROM kekuatan otot pasien sudah mulai membaik meskipun masih sedikit kaku. Intervensi yang dilakukan pada kedua pasien sama sesuai dengan implementasi yaitu melakukan pengkajian toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, melakukan pengukuran dan menghitung *vital sign* sebelum/ sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan, memberitahukan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi, memberitahukan ROM pada pasien, dan melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam melaksanakan program latihan, sehingga evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu Terlihat pasien dibantu dalam pemenuhan ADLs, Memberitahu cara ROM kepada pasien dan pasien mengikuti intruksi yang diberikan. Belum ada perubahan dan pasien masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis, sudah ada perubahan pasien dapat mengikuti perintah untuk mengangkat tangan kaki pasien meskipun terkadang masih sedikit kaku dan pasien terkadang meringis, Pasien diposisikan senyaman mungkin dan dalam posisi terlentang, TD : 160/100 mmHg, Nadi : 96 x/menit, RR : 20 x/menit, Temp : 36,2 °C dan Kekuatan otot masih lemah dan kaku sedangkan pada pasien 2

evaluasi yang diperoleh yaitu Pasien masih dibantu ADLs, Memberitahu cara ROM kepada pasien dan pasien mengikuti intruksi yang diberikan. Sudah ada perubahan namun masih merasakan sakit saat di ROM terkadang meringis, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 18 x/menit, Temp : 36,2 °C, Pasien sudah ada perubahan terlihat pasien dapat melatih gerakan secara mandiri dan Pasien diposisikan nyaman mungkin dan dalam posisi terlentang.

Gangguan mobilitas fisik pada pasien dipicu oleh kekuatan otot yang melemah, hal ini sesuai penelitian Sari, S.H (2015) bahwa akibat gangguan vaskularisasi otak ini sehingga menimbulkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sensoris, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motoric seperti hemiplegia dan hemiparesis sehingga mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya.

Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa gangguan mobilitas fisik pada pasien 1 belum teratasi sedangkan pada pasien 2 teratasi karena setelah dilakukan intervensi keperawatan yaitu melakukan pengkajian toleransi fisik melakukan pergerakan, melakukan pengukuran *vital sign* sebelum. Sesudah latihan dan melakukan pengkajian respon pasien saat latihan, memberikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi seperti pasien diposisikan terlentang, melakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif (ROM) dan melakukan kolaborasi dengan

fisioterapi dalam melaksanakan program latihan. Pada pasien 1 belum ada perubahan hal ini dipicu oleh faktor stress pasien selama di rumah sakit disertai dukungan dari keluarga yang belum maksimal karena kesibukkan masing-masing keluarga pasien serta kepatuhan dalam melaksanakan terapi yang diberikan sedangkan pada pasien 2 sudah ada perubahan hal ini dipicu oleh dukungan keluarga pasien dalam memberikan motivasi untuk pasien meskipun terkadang ada kebosanan selama di rumah sakit serta kepatuhan pasien dalam melaksanakan terapi. Hal ini sesuai penelitian Karunia, E (2016) mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah hal terpenting pada pasien stroke, motivasi yang diberikan dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi yang diberikan.

4.2.4 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

Berdasarkan data diatas di peroleh hasil pengkajian pada kedua pasien yaitu pasien dan keluarga pasien menanyakan masalah yang dihadapinya seperti gejala maupun penanganan pada pasien stroke, terkadang pasien terlihat bingung dan tingkat pendidikan pasien yang hanya SMA (Pasien 1) dan SMP (Pasien 2), pada pasien 1 baru terserang stroke bulan maret 2018, terserang stroke pertama di RS SMC kemudian yang kedua di RS AWS sedangkan pasien 2 sudah terserang stroke pada tahun 2016 namun tingkat pengetahuan pasien dan keluarga hanya mengetahui gejala umum saja. Intervensi yang dibuat sama sesuai dengan implementasi pada kedua pasien yaitu melakukan pengkajian terhadap tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit, memberitahukan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit, menjelaskan proses patofisiologis munculnya penyakit, memberitahukan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang, sehingga evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu pasien dan keluarga pasien awalnya bigung dan tidak memahami tentang penyakit pasien, setelah dijelaskan oleh perawat pasien dan keluarga pasien memahami tanda dan gejala yang timbul pada penyakit stroke dan antusias menanyakan pertanyaan kepada perawat, sedangkan evaluasi yang diperoleh pada pasien 2 yaitu pasien terlihat bigung dan antusias menanyakan tentang penyakitnya, setelah dijelaskan pasien memahami apa yang disampaikan oleh perawat tentang penyakit stroke dan antusias dalam bertanya kepada perawat.

Defisit pengetahuan pasien dipicu oleh tingkat pendidikan yang rendah, faktor usia, hal ini menurut penelitian Anggraeni (2010) menyatakan bahwa tingkat pendidikan dan usia seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki karena semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang didapatkan begitupun sebaliknya serta semakin bertambahnya usia maka semakin daya ingat seseorang semakin menurun.

Menurut asumsi penulis diagnosa defisit pengetahuan teratasi karena telah dilakukan intervensi keperawatan yaitu melakukan pengkajian terhadap tingkat pengetahuan tentang penyakit, memberitahukan proses patofisiologis munculnya penyakit, memberitahu tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit dan memberitahu faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. Dapat dilihat dari pasien memahami tentang penyakit stroke yang telah disampaikan perawat, disini peneliti hanya berfokus pada penyakit stroke pasien dalam pemberian

pendidikan kesehatan sehingga tidak memberikan pendidikan kesehatan mengenai diet pada penyakit gula darah pasien, perawat hanya menyampaikan ke pasien dan keluarga tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang pada pasien 1. Hal ini sesuai penelitian Anggraeni (2010) bahwa tingkat pendidikan yang rendah serta faktor usia adalah pemicu dari defisit pengetahuan teratasi tergantung dari persepsi kedua pasien dalam memahami informasi yang diperoleh.

4.2.5 Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D.0143)

Berdasarkan data diatas di peroleh hasil pengkajian pada pasien 1 yaitu skala morse 25 (sedang), kekuatan otot yang menurun ditambah kebutuhan ADLs pasien yang dibantu oleh perawat dan tekanan darah yang masih tinggi memungkinkan pasien pusing sewaktu-waktu saat beraktivitas. Sedangkan pada pasien 2 skala morse 15 (rendah), kekuatan otot pasien yang mulai membaik, kebutuhan ADLs pasien yang dibantu oleh perawat meskipun pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri hanya di tempat tidur karena tekanan darah yang belum stabil, pasien dapat duduk sendiri, sehingga diagnosa resiko jatuh hanya pada pasien 1 sedangkan pasien 2 tidak karena pasien yang mampu beraktivitas sendiri dan tekanan darah yang mulai stabil yang terbukti pada hari ke 2 pasien diperbolehkan ke kamar mandi sendiri. Intervensi yang dilakukan sesuai dengan implementasi yang dilakukan pada pasien 1 yaitu melakukan pengkajian defisit kognitif/ fisik pasien yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu, melakukan pengkajian karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh, tempat artikel mudah dijangkau dari pasien,

melihat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, melakukan pemasangan *handrall* tempat tidur dan memberitahukan pasien dan keluarga pasien dalam pencegahan cedera melalui implementasi system keselamatan pasien, sehingga evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu Kekuatan otot pasien menurun sehingga meningkatkan risiko jatuh, Pagar bed pasien selalu dipasang dan pasien dilarang turun dari tempat tidur terpasang tanda resiko jatuh (warna kuning) pada gelang identitas pasien, Tempat artikel mudah dijangkau pasien karena berdekatan dengan bed pasien, Pasien memahami apa yang dijelaskan perawat untuk meminimalkan cedera saat terjatuh dan Keluarga pasien memahami untuk mengurangi risiko pasien jatuh seperti menaikkan bed tempat tidur.

Resiko jatuh pada pasien dipicu oleh kekuatan otot yang melemah serta tekanan darah yang masih tinggi pada pasien 1, hal ini sesuai penelitian geurts, et.al (2008) bahwa orang yang selamat dari stroke berisiko tinggi untuk jatuh dalam semua tahap stroke karena stroke memiliki konsekuensi berat terhadap gangguan fisik, kognitif dan psikologis sehingga upaya untuk mengurangi kejadian jatuh seperti membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya, pemberian tanda berisiko jatuh pada bed pasien dan keluarga pasien yang diberikan informasi mengenai pencegahan jatuh.

Menurut asumsi penulis diagnosa resiko jatuh tidak terjadi karena telah dilakukan intervensi keperawatan yaitu melakukan pengkajian defisit kognitif/ fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh, melakukan pengkajian karakteristik

lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh, melakukan pengkajian terhadap kemampuan berpindah seperti halnya dari tempat tidur ke kursi roda ataupun sebaliknya, memasang *handrall* tempat tidur dan memberitahukan pencegahan cedera melalui implementasi system keselamatan pasien. Hal ini sesuai penelitian geurts, et.al (2008) bahwa upaya untuk mengurangi kejadian jatuh seperti membiasakan pasien dengan lingkungan sekitarnya, pemberian tanda beresiko jatuh pada bed pasien dan keluarga pasien yang diberikan informasi mengenai pencegahan jatuh.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 pada pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda di Ruang Stroke Center penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang didapat pada pasien 1 yaitu mengeluh kaku pada bagian tangan dan kaki kanan disertai tekanan darah yang masih tinggi serta riwayat yang dimiliki pasien yaitu diabetes melitus dan pasien 2 mengeluh agak kaku pada tangan kiri disertai tekanan darah yang belum stabil, namun tidak memiliki riwayat diabetes melitus. Hal ini menunjukkan jika seseorang terdiagnosa stroke non hemoragik memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama dirasakan pada pasien.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien 1 yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor resiko hipertensi, Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan Resiko jatuh berhubungan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diangnosa keperawatan pada pasien 2 yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor resiko hipertensi,

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dimana diagnosa yang muncul sesuai dengan hasil pengkajian yang diperoleh dari kedua pasien, namun pada pasien 1 memiliki dua diagnosa yang berbeda dengan pasien 2.

3. Semua perencanaan yang disusun sama ketika memiliki diagnosa yang sama dari kedua pasien, dimana intervensi yang dibuat sesuai dengan SIKI. Perencanaan yang digunakan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif pada kedua pasien yaitu memonitor tanda-tanda vital dan memantau tingkat kesadaran pasien sehingga resiko tersebut tidak terjadi, pada ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien 1 yaitu pemantauan gula darah dan pemberian obat sesuai anjuran dokter, pada gangguan mobilitas fisik pada kedua pasien yaitu mengajarkan ROM pada pasien, pada defisit pengetahuan yaitu menanyakan tingkat pengetahuan pasien sehingga dapat diberikan edukasi kesehatan sesuai yang belum dipahami pasien, dan resiko jatuh pada pasien 1 yaitu mengajarkan pasien cara meminimalkan cedera dan memberitahu keluarga pasien untuk menurunkan resiko jatuh.
4. Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah di buat dan dilakukan pada kedua pasien pada tanggal 29 April – 2 Mei 2019 selama 8 jam. Tindakan yang dilakukan kepada kedua pasien semua dilakukan sesuai dengan diagnosa yang sama dari kedua pasien, kecuali pada pasien 1 yang memiliki dua diagnosa

yang tidak dimiliki pada pasien 2 karena disesuaikan dari hasil pengkajian dari kedua pasien namun dari diagnosa yang berbeda itu semua dilakukan pada pasien 1 sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.

5. Berdasarkan hasil evaluasi pasien 1 ada beberapa diagnosa yang belum teratasi yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan mobilitas fisik karena gula darah pasien masih tinggi sehingga pasien disarankan melanjutkan kontrol gula darah saat pulang dan tangan dan kaki kanan pasien masih terasa kaku sehingga disarankan untuk fisioterapi saat pulang oleh dokter dan diagnosa yang tidak terjadi pada pasien yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif karena pemantauan tanda-tanda vital pasien yang masih agak tinggi namun rentang tekanan darah pasien diantara 150-170/100 dan resiko jatuh yang tidak terjadi pada pasien serta 1 diagnosa yang teratasi yaitu defisit pengetahuan karena pasien dan keluarga memahami apa yang telah disampaikan oleh perawat sedangkan pasien 2 ada 1 diagnosa yang teratasi yaitu defisit pengetahuan karena pasien dan keluarga mampu memahami apa yang telah disampaikan perawat kemudian 1 diagnosa teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik karena pasien sudah bisa ROM aktif meskipun terkadang agak kaku namun ada keinginan pasien untuk melatihnya dan 1 diagnosa yang tidak terjadi yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif karena dari hari ke hari tekanan darah pasien yang awalnya tinggi mulai stabil. Pada kedua pasien temukan perbedaan hasil yaitu tekanan darah, kekuatan otot dan tingkat pengetahuan, riwayat penyakit keluarga dan mobilitas fisik pasien.

5.2 Saran

Berdasarkan analisa data kesimpulan penelitian maka dalam sub bab ini peneliti akan menyampaikan beberapa saran diantaranya :

1. Bagi tempat penelitian

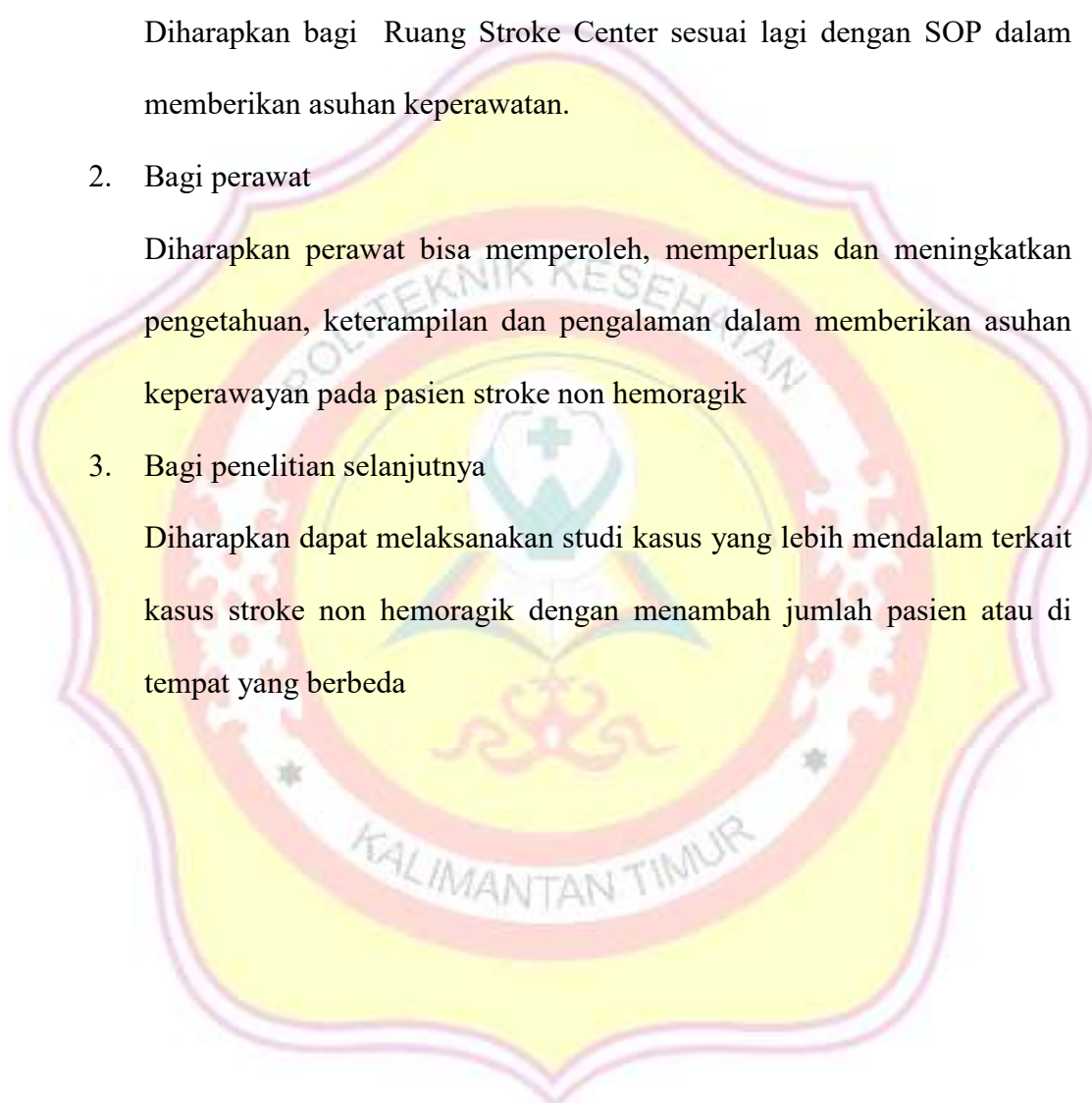
Diharapkan bagi Ruang Stroke Center sesuai lagi dengan SOP dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Bagi perawat

Diharapkan perawat bisa memperoleh, memperluas dan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik

3. Bagi penelitian selanjutnya

Diharapkan dapat melaksanakan studi kasus yang lebih mendalam terkait kasus stroke non hemoragik dengan menambah jumlah pasien atau di tempat yang berbeda



DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, T.A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika, hal 41.
- Aichuriyah, S. (2016). Faktor Risiko Kejadian Stroke Usia Muda Pada Pasien Rumah Sakit Brawijaya Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 4 Nomor 1*, (62-73)
- Anggraini, R. (2016). Terapi Penggunaan Obat Stroke Pada Pasien Stroke Iskemik Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. (89-97)
- Anggraini, N.N. (2010). *Deteksi Tingkat Pengenalan Gejala Awal Stroke Dan Pengetahuan Cara Penanganan Stroke Pada Masyarakat, Skripsi*. Surabaya : Universitas Airlangga. *Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 2 Nomor 1*, (13-23)
- Agusman, F dan Evy K. (2017). Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik. *Journal STIKES Volume 4 Nomor 1*, (65-71)
- Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah edisi 8 volume 3*. Jakarta: EGC, hal 2107
- Depkes, RI.(2000). *Pedoman Pemeriksaan Untuk Menunjang Diabetes Melitus Di Indonesia*. Jakarta : Pusat Laboratorium Kesehatan Depkes RI.
- Fransisca, B.B. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan* Jakarta: Salemba Medika, hal 55-66.
- Geurts, et al. (2008). *Bab 1 Pendahuluan Stroke Non Hemoragik*.
<http://eprints.umm.ac.id/26067/2/jiptummpg-gdl-sarfiani-38030-2-bab1.pdf>
- Herdman, T.H. (2015). *NANDA Internationan Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017* : Jakarta, ECG
- Karunia, E. (2016). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activity Of Daily Living* Pascastroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 4 Nomor 2*, (213-224)
- Kemenkes RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Neurologis*. Jakarta: PT. Salemba Medika.

- Moorhead, S, Marion Johnson, meridian L. Maas dan Elizabeth swanson.(2012).nursing outcomes classification (NOC), edisi kelima.Indonesia: Elsevier Inc.
- Nurarif, A.H & Hardhi K. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, Jilid 3* Jogjakarta: Mediacion, hal 151
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*.Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*.Jakarta: DPP PPNI
- Presiey, B. (2012).Penatalaksanaan Farmakologi Stroke Iskemik Akut. *Journal Farm Volume 12 Nomor 1*, (6-8)
- Rendy dan Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Saraswati, S. (2009).*Diet sehat untuk penyakit asam urat, diabetes, hipertensi dan stroke*.Yogyakarta : A PLUS BOOKS
- Sari, S.H. (2015).Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnose Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke. *Journal Dk Volume 3 Nomor* , (12-21)
- Setyanegara. (2010). *Ilmu Bedah Saraf Edisi IV*. Tangerang: Gramedia Pustaka Utama.
- Setyopranoto, I. (2011). Stroke: Gejala dan Penatalaksanaan. *Journal FKUGM Volume 38 Nomor 4*, (247-250)
- Suyono, S. (2002).*Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*.Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Widyawati, S.S. (2012).*Konsep Dasar Keperawatan*.Jakarta: PT Prestasi Pustakaraya



Pengkajian Pasien 1



Pengkajian Pasien 2



Pengukuran Tanda-Tanda Vital Pasien 1



Pengukuran Tanda-Tanda Vital Pasien 2



Pendidikan Kesehatan Pasien 1



Pendidikan Kesehatan Pasien 2



Melakukan ROM Pasif Pasien 1



Melakukan ROM Aktif Pasien 2



Insulin Novorapid Pasien 1