

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



**OLEH:**  
**TITANIA**  
**NIM P07220116032**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**  
**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE  
NON HEMORAGIK DI RUANG ANGSOKA  
DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA**

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



**OLEH:**

**TITANIA**

**NIM P07220116032**

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

**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**  
**TANGGAL 29 Mei 2019**

Oleh  
Pembimbing



**Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc**

**NIDN: 4015036802**

Pembimbing Pendamping



**Indah Nur Imamah SST., M.Kes.**

**NIDN: 4018078501**

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



**Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep**

**NIP. 19680329199402201**

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

Pada Tanggal 29 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Ns. Frana Andrianur, S. Kep., M.Kep.

NIDN : 4012127901



Penguji Anggota:

1 Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc.

NIDN : 4015036802




2 Indah Nur Imamah SST., M.Kes.

NIDN : 4018078501



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 AG, S. Kep., M. Kep

NIP. 19680329199402201

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Titania  
Tempat Tanggal Lahir : Bontang, 9 Agustus 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Jendral Sudirman RT  
23 No. 51 Kec. Bontang Selatan, Kel.  
Tanjung. Laut, Kota Bontang.

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2004-2010 : SDN 013 Bontang Selatan
2. Tahun 2010-2013 : SMP Negeri 3 Bontang Selatan
3. Tahun 2013-2016 : SMA Negeri 2 Bontang Selatan
4. Tahun 2016-sekarang : Mahasiswa Podi DIII-Keperawatan  
Samarinda Poltekkes Kalimantan Timur

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “*Asuhan Keperawatan Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Angsoka di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*”. Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis tentu mengalami kesulitan. Namun berkat dorongan, dukungan dan semangat dari orang terdekat sehingga penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih sedalam-dalamnya untuk:

1. 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 AG, S. Kep., M. Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc selaku pembimbing utama yang telah memberikan masukan, arahan serta semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Indah Nur Imamah, SST.,M.Kes selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan, arahan serta semangat sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.

7. dr. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., M.Kes selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah memberikan izin dalam pengumpulan data Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepala Ruang dan Staf Keperawatan di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah memberikan izin dalam pengumpulan data Karya Tulis Ilmiah ini dan memberikan arahan dalam penelitian ini.
9. Kedua orang tua dan saudara - saudara saya atas semua doa, dukungan, materi, perhatian dan kasih sayang yang telah diberikan sehingga penulis termotivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada sahabat saya terkhusus Nina Karmila, Melawati, Andi Trisnawati dan Yoanita Chairunisa yang telah menemani penulis, memberikan semangat dan motivasi dalam berjuang untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
11. Seluruh teman seperjuangan di DIII yang telah memberikan semangat dan motivasi terbaiknya bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak dan nantinya akan digunakan untuk perbaikan dimasa mendatang.

Samarinda, 2 Mei 2019

Penulis

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

**Pendahuluan :** Stroke merupakan masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian. Menurut WHO (2016) bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari cacat. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran dan memahami secara mendalam mengenai Asuhan Keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

**Metode :** penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil sampel sebanyak 2 responden yang dirawat di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahrani. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan.

**Hasil dan Pembahasan :** pada subjek 1 dan subjek 2 ditemukan masalah yang sama yaitu Risiko Perfusi Serebral tidak efektif, Gangguan Mobilitas Fisik, Defisit Pengetahuan, Resiko Jatuh, dan ditemukan masalah yang berbeda yaitu pola nafas tidak efektif, defisit perawatan diri, gangguan integritas kulit

**Kesimpulan dan Saran :** . Masalah yang teratasi pada kedua subjek yaitu defisit pengetahuan, defisit perawatan diri, dan resiko jatuh. Sedangkan masalah yang belum teratasi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan Mobilitas Fisik, pola nafas tidak efektif, gangguan integritas kulit. Maka saran bagi peneliti selanjutnya, agar dapat memperpanjang waktu perawatan agar hasil yang didapatkan lebih optimal.

**Kata Kunci :** Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik



## DAFTAR ISI

|  | Halaman |
|--|---------|
| Halaman Sampul Depan                       |         |
| Halaman Sampul Dalam dan Persyaratan ..... | i       |
| Halaman Pernyataan.....                    | ii      |
| Halaman Persetujuan.....                   | iii     |
| Halaman Pengesahan .....                   | iv      |
| Daftar Riwayat Hidup .....                 | v       |
| Kata Pengantar .....                       | vi      |
| Abstrak .....                              | viii    |
| Daftar Isi .....                           | ix      |
| Daftar Gambar.....                         | xii     |
| Daftar Tabel .....                         | xiii    |
| Daftar lampiran .....                      | xiv     |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>                   |         |
| 1.1 Latar Belakang .....                   | 1       |
| 1.2 Rumusan Masalah .....                  | 4       |
| 1.3 Tujuan Penelitian .....                | 4       |
| 1.3.1 Tujuan Umum .....                    | 4       |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....                  | 4       |
| 1.4 Manfaat Penelitian .....               | 5       |
| 1.4.1 Bagi Peneliti.....                   | 5       |
| 1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan.....           | 5       |
| 1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan.....        | 5       |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>              |         |
| 2.1 Konsep dasar Stroke Non Hemoragik..... | 6       |
| 2.1.1 Pengertian.....                      | 6       |
| 2.1.2 Patofisiologi .....                  | 7       |

|  |    |
|--|----|
| 2.1.3 Etiologi dan Klasifikasi.....              | 9  |
| 2.1.4 Tanda dan Gejala.....                      | 10 |
| 2.1.5 Faktor-faktor Risiko .....                 | 10 |
| 2.1.6 Penatalaksanaan .....                      | 11 |
| 1) Penatalaksanaan Umum.....                     | 11 |
| 2) Penatalaksanaan Farmakologi.....              | 12 |
| 3) Tindakan Bedah .....                          | 13 |
| 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....                | 14 |
| 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....              | 14 |
| 2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....                | 14 |
| 2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....                 | 17 |
| 2.2.3 Intervensi Keperawatan.....                | 19 |
| 2.2.4 Implementasi Keperawatan.....              | 24 |
| 2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....                  | 26 |
| <br><b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>               |    |
| 3.1 Pendekatan.....                              | 28 |
| 3.2 Subyek Studi Kasus .....                     | 28 |
| 3.3 Batasan Istilah.....                         | 29 |
| 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....             | 29 |
| 3.5 Prosedur Studi Kasus.....                    | 29 |
| 3.6 Metode dan Instrument Pengumpulan Data ..... | 30 |
| 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data .....              | 30 |
| 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data .....           | 30 |
| 3.7 Keabsahan Data .....                         | 31 |
| 3.7.1 Data Primer .....                          | 31 |
| 3.7.2 Data Sekunder .....                        | 31 |
| 3.8 Analisis Data .....                          | 31 |
| 3.8.1 Pengumpulan Data .....                     | 31 |
| 3.8.2 Pengolahan Data.....                       | 32 |
| 3.8.3 Penyajian Data .....                       | 32 |

|                        |    |
|------------------------|----|
| 3.8.4 Kesimpulan ..... | 32 |
|------------------------|----|

#### **BAB 4: HASIL DAN PEMBAHASAN**

|  |    |
|--|----|
| 4.1 Hasil .....                        | 33 |
| 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian ..... | 33 |
| 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan .....    | 34 |
| 1) Pengkajian.....                     | 34 |
| 2) Diagnosa Keperawatan .....          | 46 |
| 3) Perencanaan Keperawatan .....       | 48 |
| 4) Pelaksanaan Keperawatan.....        | 53 |
| 5) Evaluasi Keperawatan.....           | 60 |
| 4.2 Pembahasan.....                    | 76 |

#### **BAB 5: KESEIMPULAN DAN SARAN**

|                      |    |
|----------------------|----|
| 5.1 Kesimpulan ..... | 90 |
| 5.2 Saran .....      | 94 |

Daftar Pustaka

LAMPIRAN-LAMPIRAN

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 .....7



## DAFTAR TABEL

|                  |    |
|------------------|----|
| Tabel 2.1 .....  | 20 |
| Tabel 4.1 .....  | 34 |
| Tabel 4.2 .....  | 41 |
| Tabel 4.3 .....  | 42 |
| Tabel 4.4 .....  | 43 |
| Tabel 4.5 .....  | 44 |
| Tabel 4.6 .....  | 45 |
| Tabel 4.7 .....  | 47 |
| Tabel 4.8 .....  | 50 |
| Tabel 4.9 .....  | 55 |
| Tabel 4.10 ..... | 58 |
| Tabel 4.11 ..... | 62 |
| Tabel 4.12 ..... | 70 |

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Mengadakan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Surat Balasan dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2016) bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab keenam yang paling umum dari cacat. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2015), mencatat bahwa Stroke telah membunuh 130.000 orang di Amerika Serikat tiap tahunnya. Rata-rata 1 orang meninggal tiap 4 menit. Setiap tahun lebih dari 795.000 orang menderita stroke dan 610.000 adalah penderita baru serta 87 % dari stroke ini adalah jenis iskemik dimana aliran darah ke otak terhambat. Stroke juga merupakan penyebab kematian ke empat di USA.

Di negara-negara ASEAN penyakit stroke juga merupakan masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian. Dari data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC) diketahui bahwa angka kematian stroke terbesar terjadi di Indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand. Dari seluruh penderita stroke di Indonesia, stroke iskemik merupakan jenis yang paling banyak diderita yaitu sebesar 52,9%, diikuti secara berurutan oleh perdarahan intraserebral, emboli dan perdarahan subaraknoid dengan angka kejadian masing masingnya sebesar 38,5%, 7,2%, dan 1,4%.

Angka pengidap penyakit stroke meningkat berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyebutkan penyakit tidak menular di Indonesia meningkat dibandingkan pada tahun 2013. Peningkatan pengidap penyakit kanker, stroke, ginjal kronik, diabetes, dan hipertensi naik secara signifikan. Jika dibandingkan dengan hasil riset pada tahun 2013, prevalensi pengidap stroke meningkat dari 7% menjadi 10,9%. Di Indonesia usia penderita stroke umumnya berkisar pada usia 45 tahun ke atas. Terdapat kira-kira 2 juta orang penderita stroke yang bertahan hidup dalam kondisi cacat. Angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dalam 1 tahun diantara 100.000 penduduk (Pudiasuti, 2011).

Prevalensi pengidap stroke di Kalimantan Timur menduduki peringkat pertama di Indonesia dengan angka kejadian 14,7% (Riskesdas 2018). Angka kejadian stroke non hemoragik (SNH) di ruang Angsoka RSUD Abdul. Wahab Sjahranie periode Januari-Juli tahun 2018 adalah sebanyak 119 pasien. Program Kemenkes melalui Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular membentuk Pusat Pelayanan Terpadu (Posyandu) Penyakit Tidak Menular yang dilaksanakan di beberapa provinsi. Program preventif ini akan mendapatkan hasil optimal dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian stroke, apabila dilaksanakan secara berkesinambungan dari hulu sampai ke hilir melalui peran aktif serta masyarakat.



Di Kaltim sendiri, program hulu dalam hal deteksi dini faktor risiko penyebab stroke dilakukan misalnya dengan membangun pusat penelitian, pengobatan, rehabilitasi, dan edukasi stroke (Neuroscience Centre) yang melibatkan lintas sektor (Riskesdas 2013). Perhimpunan Dokter Indonesia (PERDOSSI) juga menggaungkan gerakan pencegahan stroke yaitu bekerjasama dengan *Boehringer Ingelheim* dan meluncurkan *Angels Initiative* pada April 2017. *Angels* merupakan inisiatif dan komitmen *Boehringer Ingelheim* dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit khususnya dalam penanganan stroke secara terpadu untuk mengurangi angka kejadian stroke.

Dalam upaya menekan prevalensi stroke, *Angels Initiative* bekerjasama dengan para ahli pembimbing stroke spesialis seluruh dunia dalam mengadakan dan atau meningkatkan kualitas Stroke Centre melalui program pelatihan penanganan stroke, penyediaan perlengkapan pelatihan, penunjang optimasi di rumah sakit, dan penyediaan sarana sebagai wadah komunikasi dan akses bimbingan dari stroke spesialis. Masalah yang lazim muncul pada pasien dengan stroke adalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme, gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan dalam membirkan layanan asuhan keprawatan disesuaikan diagnosa/masalah keperawatan. Untuk masalah risiko perfusi serebral tidak efektif dapat dilakukan dengan memonitor adanya hemiparese pada pasien, gangguan komunikasi verbal bisa dengan menganjurkan ekspresi diri pasien dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa

isyarat), gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan latihan pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, defisit perawatan diri bisa dengan membantu pasien untuk melakukan ADLs secara mandiri (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Berdasarkan prevalensi stroke dan masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan stroke tersebut, dengan ini penulis tertarik untuk menyusun KTI dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimana asuhan keperawatan klien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Angsoka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **1.3. Tujuan Penulisan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Diperolehnya gambaran asuhan keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Angsoka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Mengkaji klien dengan Stroke Non Hemoragik
- 2) Merumuskan diagnosis keperawatan Stroke Non Hemoragik
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan Stroke Non Hemoragik

- 4) Melaksanakan intervensi keperawatan Stroke Non Hemoragik
- 5) Mengevaluasi klien dengan Stroke Non Hemoragik

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1. Bagi peneliti

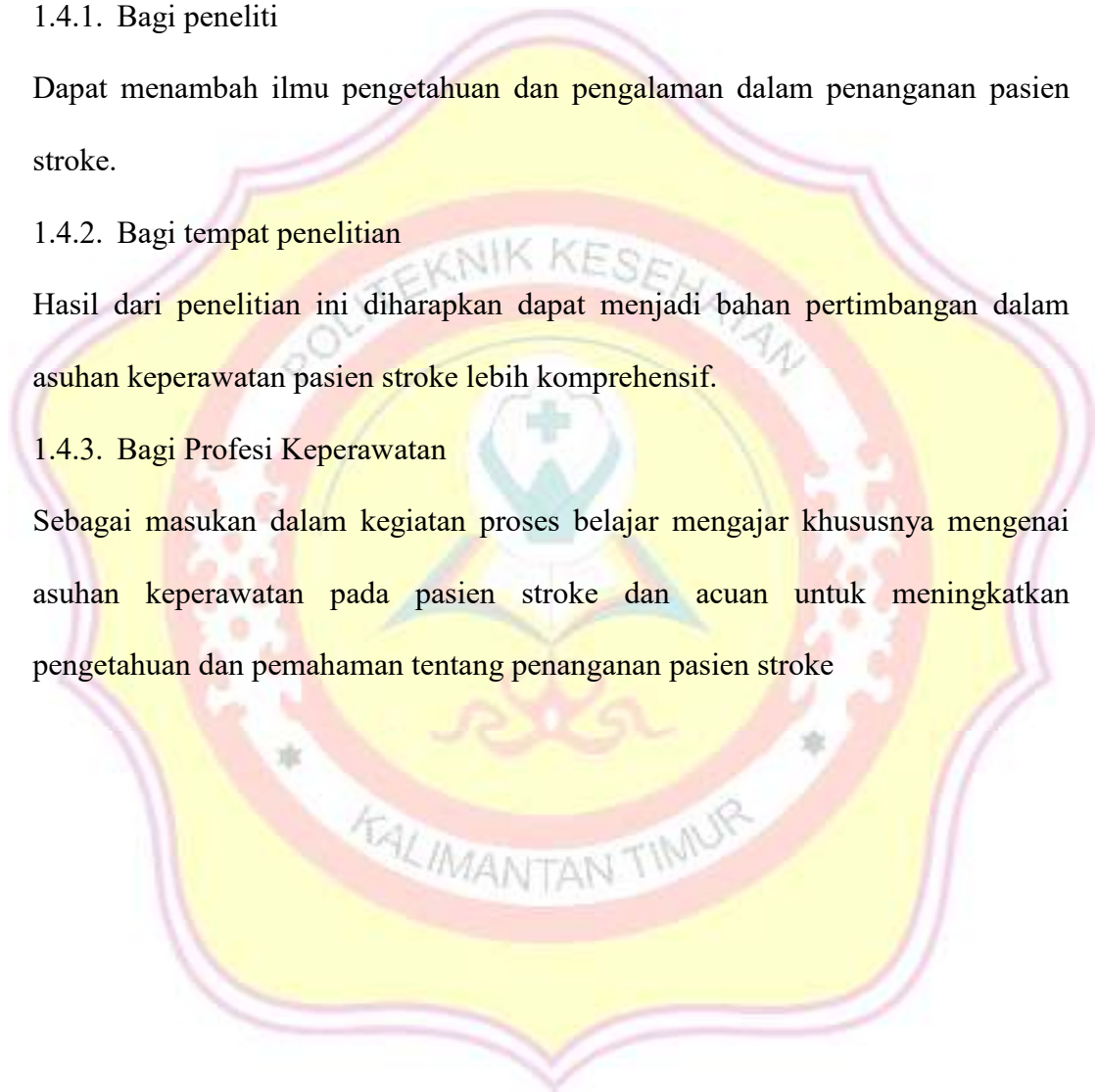
Dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam penanganan pasien stroke.

##### 1.4.2. Bagi tempat penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam asuhan keperawatan pasien stroke lebih komprehensif.

##### 1.4.3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar khususnya mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke dan acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang penanganan pasien stroke



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

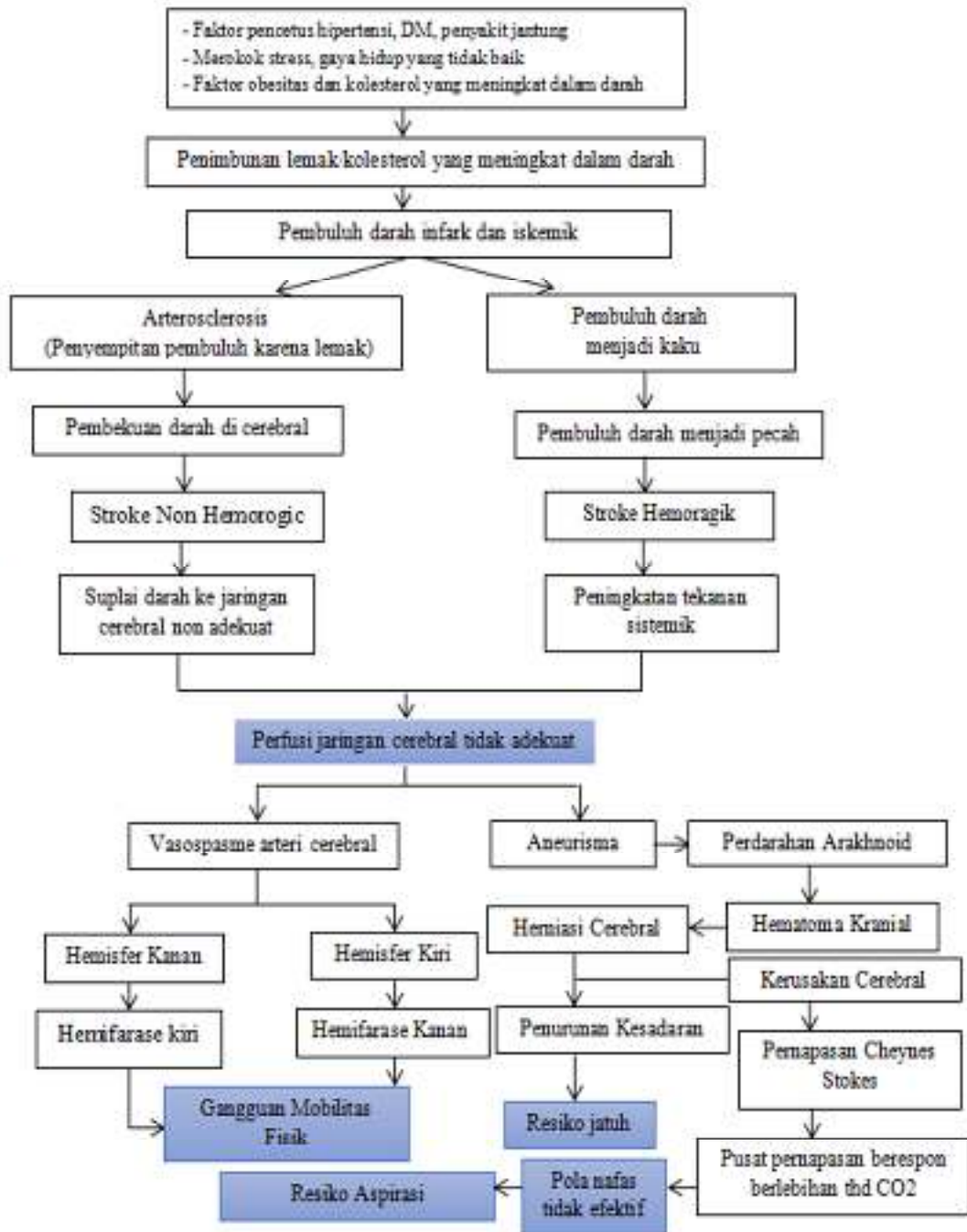
#### **2.1. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik**

##### **2.1.1. Pengertian**

Stroke atau *Cerebro Vascular Accident (CVA)* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, di mana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu, yang dapat mengakibatkan kematian dan penyebab utama kecacatan. (Alchuriyah dan Wahjuni, 2016)

Stroke adalah penyakit degeneratif yang kerap di jumpai pada usia senja. Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu. Dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan terhambatnya proses metabolisme sel-sel saraf yang dapat merusakkan atau mematikan sel-sel otak. Kematian sel-sel otak ini dapat berjalan perlahan-lahan sehingga mencapai titik kematiannya. (Sunaryati, 2011)

## 2.1.2. Patofisiologi



Bagan 2.1  
Pathway Stroke Non Hemoragik

Sumber : Nurarif dan Hardhi, 2015 (modifikasi)

Faktor pencetus hipertensi, Dm, penyakit jantung dan beberapa faktor lain seperti merokok, stress, gaya hidup yang tidak baik dan beberapa faktor seperti obesitas dan kolestrol yang meningkat dalam darah dapat menyebabkan penimbunan lemak atau kolestrol yang meningkat dalam darah dikarenakan ada penimbunan tersebut, pembuluh darah menjadi infark dan iskemik. Dimana infark adalah kematian jaringan dan iskemik adalah kekurangan suplai oksigen. Hal tersebut dapat menyebabkan arterosklerosis dan pembuluh darah menjadi kaku. Aterosklerosis adalah penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan pembekuan darah di serebral dan terjadilah stroke non hemoragik. Pembuluh darah menjadi kaku menyebabkan, pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan stroke hemoragik. (Nurarif dan Hardhi, 2015, modifikasi)

Dampak dari stroke non hemoragik yaitu suplai darah ke jaringan serebral non adekuat dan dampak dari stroke hemoragik terdapat peningkatan tekana sistemik. Kedua dampak ini menyebabkan perfusi jaringan serebral tidak adekuat. Pasokan oksigen yang kurang membuat terjadinya vasospasme arteri serebral dan aneurisma. Vasospasme arteri serebral adalah penyempitan pembuluh darah arteri cerebral yang kemungkinan akan terjadi gangguan hemisfer kanan dan kiri dan terjadi pula infark/iskemik di arteri tersebut yang menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Aneurisma adalah pelebaran pembuluh darah yang disebabkan oleh otot dinding di pembuluh darah yang melemah hal ini membuat di arachnoid (ruang antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak) dan terjadi penumpukan darah di otak atau disebut hematoma kranial karena penumpukan otak terlalu banyak, dan tekanan intra kranial menyebabkan jaringan

otak berpindah/ bergeser yang dinamakan herniasi serebral. (Nurarif dan Hardhi, 2015, modifikasi)

Pergeseran itu mengakibatkan pasokan oksigen berkurang sehingga terjadi penurunan kesadaran dan resiko jatuh. Pergeseran itu juga menyebabkan kerusakan otak yang dapat membuat pola pernapasan tak normal (pernapasan cheynes stokes) karena pusat pernapasan berespon erlebahan terhadap CO<sub>2</sub> yang mengakibatkan pola napas tidak efektif dan resiko aspirasi.

(Nurarif dan Hardhi, 2015, modifikasi)

### **2.1.3. Etiologi dan Klasifikasi** (Sudoyo Aru dkk, 2009)

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu: Stroke iskemik dan Stroke hemoragik.

1) Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% Stroke adalah Stroke iskemik. Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

- (1) Stroke trombotik: proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan
- (2) Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- (3) Hipoperfusion sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2) Stroke hemoragik (perdarahan)

Adalah Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus Stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

#### 2.1.4. Tanda dan Gejala (Nurarif dan Hardhi, 2015)

- 1) Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan.
- 2) Tiba-tiba hilang rasa peka
- 3) Bicara cadel atau pelo
- 4) Gangguan bicara dan bahasa
- 5) Gangguan penglihatan
- 6) Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- 7) Gangguan daya ingat
- 8) Nyeri kepala hebat
- 9) Vertigo
- 10) Kesadaran menurun
- 11) Proses kencing terganggu
- 12) Gangguan fungsi otak

#### 2.1.5. Faktor – faktor risiko (Nurarif dan Hardhi, 2015)

Stroke Non Hemoragik merupakan proses yang multi kompleks dan didasari oleh berbagai macam faktor risiko. Ada faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan dimodifikasi yaitu:

- 1) Tidak dapat dirubah: Usia, jenis kelamin, ras, genetik .
- 2) Dapat dirubah: Hipertensi, merokok, Diabetes, Fibrilasi atrium, kelainan jantung, Kolesterol darah tinggi, terapi pengganti hormon, Anemia sel sabit, nutrisi, obesitas, aktifitas fisik, dan stress.



### 2.1.6. Penatalaksanaan (AHA, 2013)

Dalam panduan penanganan pasien Stroke oleh AHA/ASA, 2013 disebutkan bahwa penanganan pasien Stroke harus secepat mungkin. Pengiriman tim *emergency* dari sejak menerima panggilan hingga siap diberangkatkan harus kurang dari 90 detik. Kemudian waktu yang dibutuhkan hingga tim *emergency* tiba ditempat pasien < 8 menit. Dengan demikian ketika seseorang diduga mengalami serangan Stroke maka harus dilakukan pengecekan sederhana yang disingkat FAST (*Face, Arms, Speech, Time*). Segera diperhatikan wajah pasien apakah ada yang tertarik sebelah (tidak simetris), meminta pasien mengangkat tangan, berbicara, serta memperhatikan kapan dimulainya serangan itu.

#### 1) Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab. Penatalaksanaan umum ini meliputi memperbaiki jalan napas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan pasien, menaikkan atau elevasi kepala pasien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intrakranial, atasi syok, mengontrol tekanan rerata arterial, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intrakranial, dan melakukan pemeriksaan pencitraan menggunakan Computerized Tomography untuk mendapatkan gambaran lesi dan pilihan pengobatan (Affandi & Reggy, 2016).

Berdasarkan Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2011) penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada pasien Stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien Stroke dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada Stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada pasien Stroke yang disertai dengan demam.

## 2) Penatalaksanaan farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi yang bisa dilakukan untuk pasien Stroke yaitu pemberian cairan hipertonis jika terjadi peninggian tekanan intra kranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak (Blood-brain Barrier), diuretika (asetazolamid atau furosemid) yang akan menekan produksi cairan serebrospinal, dan steroid (deksametason, prednison, dan metilprednisolon) yang dikatakan dapat mengurangi produksi cairan serebrospinal dan mempunyai efek langsung pada sel endotel (Affandi dan Reggy, 2016). Pilihan pengobatan Stroke dengan menggunakan obat yang biasa direkomendasi untuk penderita Stroke iskemik yaitu tissue 18 plasminogen activator (tPA) yang diberikan melalui intravena. Fungsi tPA ini yaitu melarutkan bekuan darah dan meningkatkan aliran darah ke bagian otak yang kekurangan aliran darah (National Stroke Association, 2016).

Penatalaksanaan farmakologi lainnya yang dapat digunakan untuk pasien Stroke yaitu aspirin. Pemberian aspirin telah menunjukkan dapat menurunkan risiko

terjadinya early recurrent ischemic Stroke (Stroke iskemik berulang), tidak adanya risiko utama dari komplikasi hemoragik awal, dan meningkatkan hasil terapi jangka panjang (sampai dengan 6 bulan tindakan lanjutan). Pemberian aspirin harus diberikan paling cepat 24 jam setelah terapi trombolitik. Pasien yang tidak menerima trombolisis, penggunaan aspirin harus dimulai dengan segera dalam 48 jam dari onset gejala (National Medicines Information Centre, 2011).

### 3) Tindakan bedah

Penatalaksanaan Stroke yang bisa dilakukan yaitu dengan pengobatan pembedahan yang tujuan utamanya yaitu memperbaiki aliran darah serebri contohnya endosterektomi karotis (membentuk kembali arteri karotis), revaskularisasi, dan ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma (Muttaqin, 2008). Prosedur carotid endarterectomy/ endosterektomi karotis pada semua pasien harus dilakukan segera ketika kondisi pasien stabil dan sesuai untuk dilakukannya proses pembedahan. Waktu ideal dilakukan tindakan pembedahan ini yaitu dalam waktu dua minggu dari kejadian (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008). Tindakan bedah lainnya yaitu decompressive surgery. Tindakan ini dilakukan untuk menghilangkan haematoma dan meringankan atau menurunkan tekanan intra kranial. Tindakan ini menunjukkan peningkatan hasil pada beberapa kasus, terutama untuk Stroke pada lokasi tertentu (contohnya cerebellum) dan atau pada pasien Stroke yang lebih muda (< 60 tahun) (National Medicines Information Centre, 2011).

### **2.1.7. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang untuk pasien Stroke yaitu terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah, analisis urin, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto rontgen dada dan CT Scan.

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. Pengkajian Keperawatan**

- 1) Identitas klien meliputi nama, jenis kelamin, alamat agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, tanggal MRS, diagnosa medis.
- 2) Keluhan utama yang sering dirasakan pasien Stroke adalah kelemahan mendadak pada anggota gerak.
- 3) Riwayat Kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan, data yang dikaji adalah riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga. Dalam mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah apakah pasien memiliki riwayat keluhan serupa sebelumnya, riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes militus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolesterol, adanya riwayat merokok, riwayat kejang, riwayat trauma, penggunaan alkohol dan penggunaan obat - obatan dalam jangka waktu yang lama.

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian mengenai gejala yang muncul akibat dari penyakit Stroke. Gejala yang dimaksud adalah kelemahan mendadak pada anggota gerak, bicara pelo, nyeri kepala hebat, yang bisa saja

terjadi pada penderita Stroke. Penderita Stroke juga bisa mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma. Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien juga memiliki riwayat penyakit Stroke, diabetes melitus, hiperkolesterol yang bisa menjadi salah satu faktor predisposisi terjadinya Stroke pada pasien.

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit. Pada Pemeriksaan kepala mungkin hampir tidak ditemukan kelainan/ketidaknormalan pada pasien Stroke, terkecuali pasien mengalami trauma pada kepala. Pemeriksaan mata mungkin ditemukan penurunan fungsi penglihatan yang dirasakan pasien Stroke. Pada pemeriksaan hidung mungkin hampir tidak ditemukan kelainan/ketidaknormalan pada pasien Stroke. Pemeriksaan telinga mungkin ditemukan penurunan ketajaman pendengaran pada pasien Stroke. Pada pemeriksaan mulut dan orofaring pada pasien Stroke sering terjadi keadaan bibir yang tidak simetris dan lidah pelo. Biasanya juga didapatkan kesulitan menelan, nafsu makan yang menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah bisa disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung. Pemeriksaan leher mungkin hampir tidak ditemukan kelainan/ketidaknormalan pada pasien Stroke.

Pada pemeriksaan thorak pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasan mungkin tidak ada kelainan, pada saat palpasi toraks didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri, dan auskultasi tidak

didapatkan bunyi nafas tambahan. Namun pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran koma didapatkan penurunan kemampuan batuk, peningkatan produksi sputum, adanya sesak nafas, penggunaan otot bantu pernafasan, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Pada saat auskultasi, terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronchi. Pada pemeriksaan kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien Stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan penurunan peristaltik usus yang menyebabkan klien mengalami konstipasi. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. Pada pemeriksaan kelamin mungkin hampir tidak ditemukan kelainan/ketidaknormalan pada pasien Stroke.

Pemeriksaan muskuloskeletal ditemukan pada pasien Stroke mengalami kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik yang paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

Pada pemeriksaan integumen jika klien kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien Stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk

beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

Pada pemeriksaan neurologi biasanya pada keadaan lanjut tingkat kesadaran pasien Stroke berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma, maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberi asuhan.

Pada pemeriksaan status mental yaitu dengan mengobservasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien Stroke tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.

### **2.2.2. Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2016)**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu Diagnosis Negatif dan Diagnosis Positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri dari atas Diagnosis Aktual dan Diagnosis Risiko. Sedangkan Diagnosis Positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan Diagnosis

Promosi Kesehatan (ICNP, 2015; Standar Praktik Keperawatan Indonesia - PPNI, 2005).

Diagnosis aktual menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan.

Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah

kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis promosi

kesehatan menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Tanda/gejala yang dapat dikatakan mayor adalah jika ditemukan sekitar 80-100%.

Dan dikatakan data minor jika tanda/gejala tidak harus selalu ditemukan, tapi jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Dibawah ini merupakan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan Stroke Non Hemoragik:

- 1) (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme
- 2) (D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular
- 3) (D.0109) Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular
- 4) (D.0143) Risiko jatuh d.d penurunan kekuatan otot



### 2.2.3. Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)

Standar Intervensi Keperawatan merupakan salah satu standar profesi yang dibutuhkan dalam menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Beberapa diantaranya diuraikan dalam Pasal 30 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberi tindakan gawat darurat, memberikan konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan intervensi komplementer dan alternatif.

Tabel 2.1

| Hari/ Tanggal | Dx Kep  | Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi   |
|---------------|---|--|--|
|               | (D.0017)<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor-faktor risiko (misalnya hipertensi, penurunan kesadaran) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan Kriteria hasil terjadinya peningkatan kesadaran, menurunnya sakit kepala, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik. | <b>Manajemen TIK (Pemantauan Neurologis) I.06197</b><br><b>Observasi</b><br>1.1 Monitor tingkat kesadaran<br>1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br>1.3 Monitor refleks batuk dan muntah<br>1.4 Monitor keluhan sakit kepala<br><b>Terapeutik</b><br>1.5 Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK<br>1.6 Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis<br><b>Edukasi</b><br>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br>1.8 Informasikan hasil pemantauan<br><b>Pemberian obat (I.02062)</b><br><b>Observasi</b><br>1.9 Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>1.10 Monitor efek terapeutik obat<br><b>Terapeutik</b><br>1.11 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br>1.12 Lakukan prinsip 6 benar<br><b>Edukasi</b><br>1.13 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep  | Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  |
|---------------|---|---|---|
|               | (D.0001)<br>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dibuktikan dengan data mayor dan data minor yang muncul pada pasien | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 x 24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan Kriteria hasil dispneu menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik | <b>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</b><br><b>Observasi</b><br>2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas<br>2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)<br>2.3 Monitor aliran O2<br><b>Terapeutik</b><br>2.4 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien<br>2.5 Dokumentasikan hasil pemantauan<br><b>Edukasi</b><br>2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br>2.7 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu<br><b>Manajemen jalan napas (I.01011)</b><br><b>Observasi</b><br>2.8 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)<br>2.9 Monitor adanya bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, wheezing, ronchi)<br><b>Terapeutik</b><br>2.10 Posisikan pasien semifowler atau fowler<br>2.11 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik<br>2.12 Berikan oksigen jika perlu<br><b>Edukasi</b><br>2.13 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi<br>2.14 Ajarkan teknik batuk efektif<br><b>Kolaborasi</b><br>2.15 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep   | Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi   |
|---------------|--|---|--|
|               | (D.0054)<br>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan data mayor dan data minor yang muncul pada pasien | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun. | <b>Latihan Rentang Gerak (I.05177)</b><br><b>Observasi</b><br>3.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan<br>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi<br>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak<br><b>Terapeutik</b><br>3.4 Gunakan pakaian yang longgar<br>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan<br>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.<br>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi<br><b>Edukasi</b><br>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan<br>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis<br><b>Kolaborasi</b><br>3.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep  | Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi   |
|---------------|---|--|--|
|               | (D. 0143)<br>Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun;penurunan kesadaran | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun. | <b>Pencegahan Jatuh (I. 14540)</b><br><b>Observasi</b><br>6.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif)<br>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh<br>6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala<br><b>Terapeutik</b><br>6.4 Pasang handrail tempat tidur<br>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah<br><b>Edukasi</b><br>6.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah<br>6.7 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh |

#### 2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu proses ketika seorang perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Menurut Purwaningsih & Karlina, 2010 ada 4 tahap operasional yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut:

##### 1) Tahap Prainteraksi

Pada tahap ini perawat harus membaca rekam medis klien, mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri, setelah itu memahami rencana keperawatan secara baik sehingga dapat menguasai keterampilan teknis keperawatan, perawat juga harus mampu memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan, mengetahui sumber daya yang diperlukan, memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan, memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan, dan tentunya penampilan perawat harus meyakinkan.

##### 2) Tahap Perkenalan

Pada tahap perkenalan tentunya perawat harus menggunakan salam terapeutik pada klien yaitu dengan mengucapkan salam, kemudian memperkenalkan nama dan juga menanyakan nama klien, alamat dan umur klien, lalu perawat menginformasikan kepada klien tujuan dan tindakan yang akan dilakukan, tidak lupa perawat untuk memberitahu kontrak waktu, berapa lama akan dilakukannya tindakan, setelah itu perawat memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya

tentang tindakan dan bertanya kepada klien setuju atau tidak pada tindakan yang akan dilakukan.

### 3) Tahap Kerja

Dalam tahap kerja perawat wajib menjaga privasi klien, kemudian melakukan tindakan yang sudah direncanakan, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, kondisi klien, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan.

### 4) Tahap Terminasi

Pada tahap akhir/terminasi, perawat memberi kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya setelah dilakukan tindakan, dan juga berikan feedback yang baik kepada klien dan puji atas kerjasama klien, setelah itu kontrak waktu selanjutnya dengan klien, kemudian rapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi, tidak lupa untuk memberikan salam sebelum meninggalkan pasien, dan lakukan pendokumentasian.

### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2012). Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Sedangkan perumusan evaluasi sumatif dilakukan setelah asuhan keperawatan dilaksanakan secara menyeluruh, adapun tujuan evaluasi sumatif adalah untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh seorang perawat.

Evaluasi sumatif meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan (Asmadi, 2008). Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan yang telah diberikan kepada pasien dengan melihat pada kerangka SOAP (tepatnya pada analisa data). Jika pada analisa data disebutkan bahwa masalah teratasi berarti dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kondisi pasien telah berubah ke arah yang lebih baik dan artinya sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sehingga intervensi dapat dihentikan. Namun jika pada analisa data disebutkan bahwa masalah teratasi sebagian berarti dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kondisi pasien belum sepenuhnya baik/hanya sebagian dan tujuan maupun kriteria



hasil belum mencapai hasil yang optimal sehingga perawat perlu mempertahankan intervensi yang telah di buat. Apabila dalam analisa data disebutkan bahwa masalah belum teratasi berarti bahwa dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kondisi pasien bahkan tidak berubah ke arah yang lebih baik sehingga intervensi perlu dilanjutkan dengan mengikuti tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Jika dalam analisa data disebutkan bahwa muncul masalah baru berarti perawat harus menyusun intervensi dan menetapkan tujuan maupun kriteria hasil yang ingin dicapai untuk masalah baru tersebut.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Pendekatan (Desain Penulisan)**

Jenis penulisan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah deskriptif dan observasi dalam bentuk studi kasus yang bertujuan mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik. Menurut Hidayat (2010), penelitian deskriptif merupakan metode penelitian yang digunakan untuk menemukan pengetahuan yang seluas-luasnya terhadap objek penelitian pada suatu masa tertentu. Pengamatan (observasi) adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Mula-mula rangsangan dari luar mengenai indera dan terjadilah penginderaan kemudian apabila rangsangan tersebut menarik perhatian akan dilanjutkan dengan adanya pengamatan (Notoatmodjo, 2010). Pendekatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **3.2. Subjek Studi Kasus**

Subjek penulisan yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini menggunakan dua responden yang berada di ruang rawat Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yang telah dilakukan pengkajian dan diperoleh diagnosa stroke.

### **3.3. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

Proses Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik actual maupun potensial (Deswani, 2011 ). Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (UU Republik Indonesia Nomor 38 Pasal 1 (5) Tahun 2014 Tentang Keperawatan). Komprehensif menurut KBBI adalah luas dan lengkap (tentang ruang lingkup dan isi). Sehingga asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan stroke adalah suatu tindakan dalam praktik pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat secara menyeluruh meliputi semua aspek yang ada pada diri pasien.

### **3.4. Lokasi Dan Waktu Penelitian**

Penelitian studi kasus asuhan keperawatan ini akan dilakukan di Ruang Rawat Angsoka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie selama 3 sampai 6 hari.

### **3.5. Prosedur Studi Kasus**

Prosedur studi kasus diawali dengan penyusunan proposal penulisan dan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji proposal maka penulisan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data menggunakan

pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subyek penulisan.

### **3.6. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Teknik pengumpulan data**

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Observasi merupakan suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dua diantara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan (Sutrisno Hadi, dalam Sugiyono, 2012). Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara langsung kepada pasien untuk mengetahui secara mendalam tentang masalah kesehatan pasien (Hidayat, 2008). Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit. Dokumentasi adalah metode pengumpulan data yang dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien, menggunakan format pengkajian pada pasien stroke.

#### **3.6.2. Instrumen pengumpulan data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan pada pasien stroke. Selain itu penulis juga menggunakan SOP untuk melakukan tindakan keperawatan pada pasien.

### **3.7. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

#### **3.7.1. Data primer**

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga, riwayat alergi

#### **3.7.2. Data sekunder**

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit.

### **3.8. Analisis Data**

Analisis data dilakukan sejak penulis melakukan studi kasus. Mulai awal pengkajian sampai pendokumentasian dilakukan setiap hari untuk mengetahui perkembangan dari pasien. Urutan dari analisis data adalah :

#### **3.8.1. Pengumpulan data**

Data dikumpulkan dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta pendokumentasian. Hasil ditulis dalam buku catatan terstruktur. Pengumpulan data diperoleh dengan cara melakukan pengkajian, setelah itu menegakkan

diagnosa keperawatan, melakukan perencanaan untuk mengatasi masalah yang muncul, melakukan tindakan serta melakukan evaluasi disetiap tindakan.

### 3.8.2. Pengolahan data

Data-data yang sudah terkumpul kemudian diklasifikasikan menjadi data subjektif dan data objektif berdasarkan data yang diperoleh dilapangan. Data subjektif yaitu data yang diperoleh dari pernyataan pasien dan keluarga, sedangkan data objektif didapat dari observasi kepada pasien, kemudian dibandingkan antara klien yang satu dengan klien yang lainnya.

### 3.8.3. Penyajian data

Penyajian data dilakukan dengan cara penggunaan tabel, gambar dan bentuk naratif. Nama pasien ditulis berupa inisial untuk menjaga privasi dari pasien. Data yang disajikan berupa biodata klien, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, pemeriksaan fisik, data fokus, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### 3.8.4. Kesimpulan

Dari data yang telah disampaikan, kemudian dibandingkan data yang satu dengan data yang lainnya, dengan data-data normal secara tertulis.

## **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, RSUD ini dibangun tahun 1933, 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).

Dalam studi kasus ini peneliti melakukan studi kasus pada tanggal 2 April 2019 di ruang Angsoka yaitu ruang rawat inap bagi pasien yang diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik. Kasus penyakit yang terdapat diruang Angsoka meliputi diantaranya pasien dengan penyakit Stroke, SOL, Cedera kepala, Cedera medula spinalis, Tumor otak, Ensefalitis, Diabetes Melitus. Adapun tenaga keperawatan di ruang Angsoka terdiri dari 24 orang.

#### 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

##### 1) Pengkajian

**Tabel 4.1**  
**Hasil Anamnesis Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi**  
**Rawat Inap Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**  
**Tahun 2019**

| No. | Identitas Pasien          | Pasien I (Tn. R)   | Pasien II (Ny. P)  |
|-----|---------------------------|--|--|
| 1.  | Nama Pasien               | Tn. R  | Ny. P  |
| 2.  | Tanggal Lahir             | 11 maret 1964  | 4 September 1957   |
| 3.  | Suku/Bangsa               | Dayak/Indonesia  | Bugis/Indonesia  |
| 4.  | Agama                     | Islam  | Islam  |
| 5.  | Pendidikan                | Tidak Tamat SD   | Tidak Tamat SD   |
| 6.  | Pekerjaan                 | Petani   | Ibu Rumah Tangga   |
| 7.  | Alamat                    | Palaran  | Loa Janan  |
| 8.  | Diagnosa Medis            | SNH  | SNH  |
| 9.  | Sumber Informasi          | Pasien dan Keluarga  | Keluarga   |
| 10. | No. Register              | 01.54.xx   | 01.88.xx   |
| 11. | Tanggal MRS               | 1 April 2019   | 28 Maret 2019  |
| 12. |                           |  |  |
| 13. | Keluhan Utama             | Vertigo  | Pasien mengalami penurunan kesadaran   |
| 14. | Riwayat Penyakit Sekarang | Awalnya saat di rumah, pasien mengeluh vertigo +/- selama 3 bulan disertai telinga yang berdengung. Pada tanggal 1 April 2019 pasien mengeluh vertigo dan muntah lalu pasien ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Kemudian pasien masuk Ruang Angsoka pada tanggal 2 April 2019. Pada saat pengkajian, pasien masih mengeluh vertigo dan pasien mengatakan pusing jika bangun dari posisi berbaring. | Awalnya pasien mengeluh sesak nafas dan dilarikan ke RSUD Moeis dan dirawat selama 3 hari. Pada saat dirumah, pasien terjatuh di WC dan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa bergerak. Lalu keluarga membawa pasien ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Sehari setelah di rawat di Ruang Angsoka, pasien mengalami penurunan kesadaran. Kelumpuhan pada anggota gerak pasien dan penurunan kesadaran menyebabkan pasien tidak bisa menjalani aktifitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan total dari perawat/keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasar. Selama di rawat, pasien sudah mendapatkan fisioterapi 1 x. |
| 15. | Riwayat Penyakit Dahulu   | Pasien belum pernah dirawat di RS sebelumnya dan tidak pernah menderita penyakit kronik ataupun menular, dan tidak ada riwayat kontrol. Pasien juga tidak ada riwayat penggunaan obat-obatan, tidak pernah dioperasi, dan pasien ada alergi makanan yaitu udang.   | Pasien sudah pernah dirawat di RS sebelumnya baru beberapa minggu yang lalu, pasien memiliki riwayat penyakit kronik yaitu Hipertensi tapi tidak memiliki penyakit menular, pasien tidak ada riwayat kontrol, pasien sebelumnya tidak pernah dioperasi, pasien tidak ada alergi, pasien ada riwayat penggunaan   |



|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
|     |  |   | obat-obatan yaitu Captopril dan Amlodipine.  |
| 16. | Riwayat Penyakit Keluarga  | Di keluarga pasien ada yang memiliki riwayat penyakit Asma.   | Di keluarga pasien tidak ada yang menderita suatu penyakit.  |
| 17. | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>Genogram Pasien I</b></p> <p><b>Keterangan:</b><br/>                 ○ : Perempuan<br/>                 □ : Laki-laki<br/>                 ✕ : Meninggal<br/>                 ↗ : Pasien<br/>                 --- : Tinggal serumah<br/>                 ● : Menderita Asma</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>Genogram Pasien II</b></p> <p><b>Keterangan:</b><br/>                 ○ : Perempuan<br/>                 □ : Laki-laki<br/>                 ✕ : Meninggal<br/>                 ↗ : Pasien<br/>                 --- : Tinggal serumah<br/>                 ● : Menderita Asma</p> </div> </div> |   |  |
| 18. | <b>Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan</b><br>Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan  | Pasien tidak mengonsumsi alkohol maupun obat-obatan, tetapi pasien masih memiliki kebiasaan merokok, pasien jarang berolahraga.       | Pasien tidak mengonsumsi alkohol maupun obat-obatan, pasien juga tidak merokok, pasien jarang berolahraga.   |
| 19. | <b>Kedadaan Umum</b>   | Posisi pasien supinasi/berbaring, Terpasang IVFD RL 20 tpm, Tidak ada tanda klinis yang mencolok baik itu sianosis ataupun perdarahan | Posisi pasien supinasi/berbaring, Terpasang IVFD RL 20 tpm, Syringe pump Nicardipine dengan kecepatan 9,7cc/Jam, Terpasang NGT, Kateter. Tidak ada tanda klinis yang mencolok baik itu sianosis ataupun perdarahan |
| 20. | Kesadaran  | Compos Mentis<br>E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>   | Koma<br>E <sub>2</sub> M <sub>3</sub> V <sub>2</sub>   |
| 21. | Kenyamanan/nyeri   | Pasien tidak mengeluh nyeri   | Pasien tidak bisa dikaji   |

|     |                                  |  |  |
|-----|----------------------------------|--|--|
| 22. | Status Fungsional Barthel Indeks | Total Skor 12<br>Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan  | Total Skor 0<br>Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat  |
| 23. | Pemeriksaan Kepala               | <p><b>Kepala:</b><br/>Saat dilakukan pemeriksaan finger print pada dahi pasien, menunjukkan bahwa pasien terhidrasi, kulit kepala bersih dan tidak ada luka, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah dan tidak ada kelainan.</p> <p><b>Mata :</b><br/>Sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, Tekanan bola mata sebelah kanan dan kiri sama, pupil isokor, tidak ada kelainan mata.</p> <p><b>Hidung :</b><br/>Tidak ada pernafasan cuping hidung , posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan pada hidung.</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b><br/>Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah.</p> <p><b>Telinga :</b><br/>Daun telinga elastis dan simetris</p> <p><b>Pemeriksaan leher :</b><br/>Tidak teraba pembesaran pada kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan pada tiroid, posisi trakea terletak ditengah.</p> | <p><b>Kepala:</b><br/>Saat dilakukan pemeriksaan finger print pada dahi pasien, menunjukkan bahwa pasien terhidrasi, kulit kepala tidak bersih, terdapat ketombe, tidak ada luka, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan beruban, rambut mudah patah, tidak bercabang, rambut kusam dan tidak ada kelainan.</p> <p><b>Mata :</b><br/>Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, kornea keruh, refleks cahaya +, Tekanan bola mata sebelah kanan dan kiri sama, pupil isokor, tidak ada kelainan mata.</p> <p><b>Hidung :</b><br/>Tidak ada pernafasan cuping hidung , posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak bisa mengkaji ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan pada hidung.</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b><br/>Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa kering, ukuran dan letak tonsil tidak bisa dikaji.</p> <p><b>Telinga :</b><br/>Daun telinga elastis dan simetris</p> <p><b>Pemeriksaan leher :</b><br/>Tidak teraba pembesaran pada kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan pada tiroid, posisi trakea terletak ditengah.</p> |
| 24. | Pemeriksaan Fisik Thorax         | <p><b>Keluhan :</b><br/>Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk.</p> <p><b>Inspeksi :</b><br/>Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 18 kali/menit, irama nafas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p><b>Palpasi :</b><br/>Vokal premitus teraba sama diseluruh lapang paru anterior dan posterior,</p>  | <p><b>Keluhan :</b><br/>Pasien tidak bisa dikaji adanya keluhan sesak nafas, tidak bisa dikaji adanya nyeri waktu bernafas dan tidak ada batuk.</p> <p><b>Inspeksi :</b><br/>Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas tidak teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien menggunakan alat bantu nafas jenis Non-Rebreathing Mask sebanyak 10 lpm.</p> <p><b>Palpasi :</b><br/>Vokal premitus tidak bisa dikaji, Ekspansi paru simetris,</p>  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     |  | <p>Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b><br/>Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p><b>Auskultasi :</b><br/>Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas saat dilakukan vokal premitus, dan tidak ada suara nafas tambahan.</p> <p>Pasien tidak menggunakan WSD.</p>   | <p>pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan.</p> <p><b>Perkusi :</b><br/>Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra.</p> <p><b>Auskultasi :</b><br/>Suara nafas ronkhi, suara ucapan tidak bisa dikaji.</p> <p>Pasien tidak menggunakan WSD.</p>  |
| 25. | Pemeriksaan Jantung                              | <p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi : Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT &gt; 2 detik, Tidak ada sianosis</p> <p>c. Palpasi : Ictus Kordis teraba di ICS 5, Akral teraba hangat</p> <p>d. Perkusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>2) Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra</li> <li>3) Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>4) Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ol> <p>e. Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>2) BJ II Pulmonal : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>3) BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>4) BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>5) Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> </ol> <p>Tidak ada kelainan</p> | <p>a. Keluhan nyeri dada tidak bisa dikaji</p> <p>b. Inspeksi : Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT &gt; 2 detik, tidak ada sianosis</p> <p>c. Palpasi : Ictus Kordis teraba di ICS 5, Akral teraba Hangat</p> <p>d. Perkusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>2) Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra</li> <li>3) Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>4) Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ol> <p>e. Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>2) BJ II Pulmonal : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>3) BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>4) BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat</li> <li>5) Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> </ol> <p>Tidak ada kelainan</p> |
| 26. | Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi | <p>a. BB : 65 Kg</p> <p>b. TB : 165 Cm</p> <p>c. IMT : 24 Kg m<sup>2</sup> (Ideal)</p> <p>d. BAB : 3 hari sekali dengan Konsistensi agak keras</p> <p>e. Diet : Jenis diet Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein (NTKTP) 2100 kalori dengan Frekuensi makan 3 kali sehari, Nafsu makan baik, Porsi makan selalu habis</p> <p>d. Abdomen</p> <p><b>Inspeksi</b><br/>Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat</p>   | <p>a. BB: 75 kg</p> <p>b. TB: 160 cm</p> <p>c. IMT: 29 Kg m<sup>2</sup> (Kelebihan Berat Badan)</p> <p>d. BAB : 1x/hari dengan Konsistensi Lunak</p> <p>e. Diet : Cair dengan Frekuensi 6 x 200 cc via NGT</p> <p>d. Abdomen:</p> <p><b>Inspeksi</b><br/>Bentuk abdomen bulat, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat</p>   |

|     |                           |  |   |
|-----|---------------------------|--|---|
|     |                           | <p>adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain</p> <p><b>Auskultasi</b><br/>Peristaltik usus 7 kali/menit</p> <p><b>Palpasi</b> : Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p><b>Perkusi</b><br/>Tidak ada Shifting Dullness</p> <p>Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</p> <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, pasien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat pasien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p>  | <p>adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain</p> <p><b>Auskultasi</b><br/>Peristaltik usus 10 kali/menit</p> <p><b>Palpasi</b> : Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p><b>Perkusi</b><br/>Tidak ada Shifting Dullness</p> <p>Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</p> <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, pasien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat pasien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p>  |
| 27. | Pemeriksaan Sistem Syaraf | <p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia )</p> <p>d. Kognisi : Baik</p> <p>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Refleks Fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Patella : 2 (Normal)</li> <li>2) Achilles : 2 (Normal)</li> <li>3) Bisep : 2 (Normal)</li> <li>4) Trisep : 2 (Normal)</li> <li>5) Brankioradialis : 2 (Normal)</li> </ol> <p>g. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>h. Istirahat/ tidur: 5-6 jam/hari</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) N1 : Pasien mampu membedakan bau kopi dan teh</li> <li>2) N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm</li> <li>3) N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata</li> <li>4) N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah</li> <li>5) N5 : Pasien mampu mengunyah</li> <li>6) N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping</li> </ol> | <p>a. Memori : Tidak dapat dikaji</p> <p>b. Perhatian : Tidak dapat dikaji</p> <p>c. Bahasa : Tidak dapat dikaji</p> <p>d. Kognisi : Tidak dapat dikaji</p> <p>e. Orientasi : Tidak dapat dikaji</p> <p>f. Refleks Fisiologis : Tidak dapat dikaji</p> <p>g. Keluhan pusing: Tidak bisa dikaji</p> <p>h. Istirahat/ tidur : Tidak bisa dikaji</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) N1 : Tidak dapat dikaji</li> <li>2) N2 : Tidak dapat dikaji</li> <li>3) N3 : Tidak dapat dikaji</li> <li>4) N4 : Tidak dapat dikaji</li> <li>5) N5 : Tidak dapat dikaji</li> <li>6) N6 : Tidak dapat dikaji</li> <li>7) N7 : Tidak dapat dikaji</li> <li>8) N8 : Tidak dapat dikaji</li> <li>9) N9 : Tidak dapat dikaji</li> <li>10) N10 : Tidak dapat dikaji</li> <li>11) N11 : Tidak dapat dikaji</li> <li>12) N12 : Tidak dapat dikaji</li> </ol> |

|               |                               | <p>7) N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata</p> <p>8) N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik</p> <p>9) N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam</p> <p>10)N10 : Pasien mampu menelan</p> <p>11)N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</p> <p>12)N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah</p>  |   |              |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
|---------------|-------------------------------|---|---|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------|---------|---------|---------|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---|---|--------|-------|---------|---------|---------|--------|--|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------|---------|---------|---------|---|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|-----|---------|---------|---------|---------|-------|---|---|---|---|-------|---------|---------|---------|---------|
| 28.           | Pemeriksaan Sistem Perkemihan | <p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Tidak ada keluhan kencing</p> <p>c. Kemampuan berkemih : Spontan</p> <p>d. Produksi urine : +/- 900 ml</p> <p>1) Warna : kuning pekat</p> <p>2) Bau : Khas urine</p> <p>e. Tidak ada distensi kandung kemih<br/>Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>  | <p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Keluhan kencing tidak dapat dikaji</p> <p>c. Kemampuan berkemih:<br/>Menggunakan alat bantu</p> <p>1) Jenis : <i>Folley Chateter</i></p> <p>2) Ukuran : 16</p> <p>3) Hari ke - 5</p> <p>4) Produksi urine 1100ml/hari</p> <p>5) Warna : Kuning cerah</p> <p>6) Bau : Khas urine</p> |              |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
|               |                               | Balance Cairan Pasien I   | Balance Cairan Pasien II  |              |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
|               |                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>2/4/<br/>2019</th> <th>3/4/<br/>2019</th> <th>4/4/<br/>2019</th> <th>5/4/<br/>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1000 ml</td> <td>1000 ml</td> <td>1000 ml</td> <td>1000 ml</td> </tr> <tr> <td>Cairan Infus</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>NGT</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Makan</td> <td>280 ml</td> <td>280 ml</td> <td>280 ml</td> <td>280 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2780 ml</td> <td>2780 ml</td> <td>2780 ml</td> <td>2780 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Intake  | 2/4/<br>2019 | 3/4/<br>2019 | 4/4/<br>2019 | 5/4/<br>2019 | Minum peroral | 1000 ml | 1000 ml | 1000 ml | 1000 ml | Cairan Infus | 1500 ml | 1500 ml | 1500 ml | 1500 ml | Obat IV | -      | - | - | -      | NGT   | -       | -       | -       | -      | Makan  | 280 ml | 280 ml       | 280 ml       | 280 ml       | Total        | 2780 ml | 2780 ml | 2780 ml | 2780 ml | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>2/4/<br/>2019</th> <th>3/4/<br/>2019</th> <th>4/4/<br/>2019</th> <th>5/4/<br/>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Cairan Infus</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> </tr> <tr> <td>NGT</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> </tr> <tr> <td>Makan</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2745 ml</td> <td>2745 ml</td> <td>2745 ml</td> <td>2745 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Intake | 2/4/<br>2019 | 3/4/<br>2019 | 4/4/<br>2019 | 5/4/<br>2019 | Minum peroral | -      | -      | -      | -      | Cairan Infus | 1500 ml | 1500 ml | 1500 ml | 1500 ml | Obat IV | 45 ml | 45 ml | 45 ml | 45 ml | NGT | 1200 ml | 1200 ml | 1200 ml | 1200 ml | Makan | - | - | - | - | Total | 2745 ml | 2745 ml | 2745 ml | 2745 ml |
| Intake        | 2/4/<br>2019                  | 3/4/<br>2019  | 4/4/<br>2019  | 5/4/<br>2019 |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Minum peroral | 1000 ml                       | 1000 ml   | 1000 ml   | 1000 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Cairan Infus  | 1500 ml                       | 1500 ml   | 1500 ml   | 1500 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Obat IV       | -                             | -   | -   | -            |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| NGT           | -                             | -   | -   | -            |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Makan         | 280 ml                        | 280 ml  | 280 ml  | 280 ml       |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Total         | 2780 ml                       | 2780 ml   | 2780 ml   | 2780 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Intake        | 2/4/<br>2019                  | 3/4/<br>2019  | 4/4/<br>2019  | 5/4/<br>2019 |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Minum peroral | -                             | -   | -   | -            |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Cairan Infus  | 1500 ml                       | 1500 ml   | 1500 ml   | 1500 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Obat IV       | 45 ml                         | 45 ml   | 45 ml   | 45 ml        |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| NGT           | 1200 ml                       | 1200 ml   | 1200 ml   | 1200 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Makan         | -                             | -   | -   | -            |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Total         | 2745 ml                       | 2745 ml   | 2745 ml   | 2745 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
|               |                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>2/4/<br/>2019</th> <th>3/4/<br/>2019</th> <th>4/4/<br/>2019</th> <th>5/4/<br/>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>900 ml</td> <td>1100 ml</td> <td>1000 ml</td> <td>1000ml</td> </tr> <tr> <td>IWL</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces</td> <td>200 ml</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1145 ml</td> <td>1145 ml</td> <td>1145 ml</td> <td>1245ml</td> </tr> </tbody> </table>   | Output  | 2/4/<br>2019 | 3/4/<br>2019 | 4/4/<br>2019 | 5/4/<br>2019 | Urine         | 900 ml  | 1100 ml | 1000 ml | 1000ml  | IWL          | 45 ml   | 45 ml   | 45 ml   | 45 ml   | Feces   | 200 ml | - | - | 200 ml | Total | 1145 ml | 1145 ml | 1145 ml | 1245ml | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>2/4/<br/>2019</th> <th>3/4/<br/>2019</th> <th>4/4/<br/>2019</th> <th>5/4/<br/>2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>1100 ml</td> <td>1100 ml</td> <td>1100 ml</td> <td>1100 ml</td> </tr> <tr> <td>IWL</td> <td>46 ml</td> <td>46 ml</td> <td>46 ml</td> <td>46 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1346 ml</td> <td>1346 ml</td> <td>1346 ml</td> <td>1346 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Output | 2/4/<br>2019 | 3/4/<br>2019 | 4/4/<br>2019 | 5/4/<br>2019 | Urine   | 1100 ml | 1100 ml | 1100 ml | 1100 ml   | IWL    | 46 ml        | 46 ml        | 46 ml        | 46 ml        | Feces         | 200 ml | 200 ml | 200 ml | 200 ml | Total        | 1346 ml | 1346 ml | 1346 ml | 1346 ml |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Output        | 2/4/<br>2019                  | 3/4/<br>2019  | 4/4/<br>2019  | 5/4/<br>2019 |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Urine         | 900 ml                        | 1100 ml   | 1000 ml   | 1000ml       |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| IWL           | 45 ml                         | 45 ml   | 45 ml   | 45 ml        |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Feces         | 200 ml                        | -   | -   | 200 ml       |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Total         | 1145 ml                       | 1145 ml   | 1145 ml   | 1245ml       |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Output        | 2/4/<br>2019                  | 3/4/<br>2019  | 4/4/<br>2019  | 5/4/<br>2019 |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Urine         | 1100 ml                       | 1100 ml   | 1100 ml   | 1100 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| IWL           | 46 ml                         | 46 ml   | 46 ml   | 46 ml        |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Feces         | 200 ml                        | 200 ml  | 200 ml  | 200 ml       |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |
| Total         | 1346 ml                       | 1346 ml   | 1346 ml   | 1346 ml      |              |              |              |               |         |         |         |         |              |         |         |         |         |         |        |   |   |        |       |         |         |         |        |  |        |              |              |              |              |         |         |         |         |   |        |              |              |              |              |               |        |        |        |        |              |         |         |         |         |         |       |       |       |       |     |         |         |         |         |       |   |   |   |   |       |         |         |         |         |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     |  |  |  |
| 29. | Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen | Pergerakan sendi terbatas, tidak ada kelaian ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang gips/spalk/traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit tidak ikterik atau sianosis, tidak ada luka, tidak ada edema ekstremitas, tidak ada pitting edema, tidak ada ekskoriasis, tidak ada psoriasis, dan tidak ada urtikaria.<br>$\begin{array}{ c c } \hline 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \\ \hline \end{array}$ | Pergerakan sendi tidak dapat dikaji, tidak ada kelaian ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang gips/spalk/traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit tidak ikterik atau sianosis, tidak ada luka, tidak ada edema ekstremitas, tidak ada pitting edema, tidak ada ekskoriasis, tidak ada psoriasis, dan tidak ada urtikaria.<br>$\begin{array}{ c c } \hline 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \\ \hline \end{array}$ |
| 30. | Pemeriksaan Sistem Endokrin                      | Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada trias DM, Tidak ada riwayat luka sebelumnya, Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya.  | Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada trias DM, Tidak ada riwayat luka sebelumnya, Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya.  |
| 31. | Kemaman Lingkungan (Risiko Jatuh)                | Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 50. Pasien dalam kategori risiko tinggi.  | Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 60. Pasien dalam kategori risiko tinggi.  |
| 32. | Pengkajian Psikososial dan Spiritual             | Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan, Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah tegang, Pasien kooperatif saat interaksi, Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri. Sebelum sakit, pasien sering beribadah. Namun setelah sakit, pasien kadang-kadang beribadah.  | Tidak bisa mengkaji persepsi pasien terhadap penyakitnya   |
| 33. | Personal Hygiene                                 | Pasien mandi 1x/hari, keramas 2 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, pasien merokok, tidak minum alkohol, pasien ganti pakaian 1x/hari, sikat gigi 1x/hari  | Pasien mandi 1x/hari, keramas 5 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, pasien tidak merokok, tidak minum alkohol, pasien ganti pakaian 1x/hari, pasien belum ada sikat gigi selama sakit  |
| 34. | Pemeriksaan seksualitas dan Reproduksi           | Pasien tidak ada masalah prostat, pasien tidak memiliki kelainan pada genetalia nya.   | Pasien tidak memiliki benjolan pada payudara, pasien tidak sedang hamil, pada genetalia pasien tidak ada flour albus dan prolaps uteri.  |
| 35. | Penilaian Risiko Decubitus                       | Pasien mendapatkan total skor 18, dengan kategori risiko rendah terjadi decubitus.   | Pasien mendapatkan total skor 8, dengan kategori risiko tinggi terjadi decubitus.  |

**Tabel 4.2**  
**Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 (Tn. R) dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| No. | Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan |            |                        |
|-----|-------------------|-------------------|------------|------------------------|
|     |                   | Tgl 1/4/19        | Tgl 3/4/19 | Nilai Normal           |
| 1.  | Leukosit          | 8.6               | 9.4        | 4.8-10.80 $10^3/\mu L$ |
| 2.  | Eritrosit         | 4.6               | 5.2        | 4.20-5.40 $10^6/\mu L$ |
| 3.  | Hemoglobin        | 14.2              | 16.8       | 12.0-16.0 g/dL         |
| 4.  | Hematokrit        | 44.4              | 52.1       | 37.0-54 %              |
| 5.  | PLT               | 338               | 420        | 150-450 $10^3/\mu L$   |
| 6.  | Glukosa sewaktu   | 102               | 111        | 70-140 mg/dL           |
| 7.  | Ureum             | 22.4              | 30.1       | 19.3-49.2 mg/dL        |
| 8.  | Kreatinin         | 0.6               | -          | 0.5-1.1 mg/dL          |
| 9.  | Natrium           | 138               | -          | 135-155 mmol/L         |
| 10. | Kalium            | 3.2               | -          | 3.6-5.5 mmol/L         |
| 11. | Chloride          | 99                | -          | 98-108 mmol/L          |
| 12. | pH                | 7.35              | -          | 7.35-7.45              |
| 13. | pCO <sub>2</sub>  | 38.0              | -          | 35.00-45.00 mmHg       |
| 14. | pO <sub>2</sub>   | 85.0              | -          | 83.00-108 mmHg         |
| 15. | AbHIV             | NR                | -          | NR (Non reaktif)       |
| 16. | HbsAg rapid       | NR                | -          | NR (Non reaktif)       |

**Tabel 4.3**  
**Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 2 (Ny. P) dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| No. | Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan |            |            |                        |
|-----|-------------------|-------------------|------------|------------|------------------------|
|     |                   | Tgl 27/3/19       | Tgl 1/4/19 | Tgl 3/4/19 | Nilai Normal           |
| 1.  | Leukosit          | 20.02             | 18.2       | 18.09      | 4.8-10.80 $10^3/\mu L$ |
| 2.  | Eritrosit         | 4.93              | 4.76       | 4.37       | 4.20-5.40 $10^6/\mu L$ |
| 3.  | Hemoglobin        | 14.1              | 13.5       | 14.3       | 12.0-16.0 g/dL         |
| 4.  | Hematokrit        | 44.2              | 38.3       | 43.2       | 37.0-54 %              |
| 5.  | PLT               | 335               | 310        | 315        | 150-450 $10^9/L$       |
| 6.  | Glukosa sewaktu   | 144               | 120        | 115        | 70-140 mg/dL           |
| 7.  | Ureum             | 28.1              | 26.5       | 29.6       | 19.3-49.2 mg/dL        |
| 8.  | Kreatinin         | 0.6               | -          | -          | 0.5-1.1 mg/dL          |
| 9.  | Natrium           | 148               | 142        | -          | 135-155 mmol/L         |
| 10. | Kalium            | 2.4               | 5.5        | -          | 3.6-5.5 mmol/L         |
| 11. | Chloride          | 102               | 101        | -          | 98-108 mmol/L          |
| 12. | pH                | 7.63              | 7.56       | -          | 7.35-7.45              |
| 13. | pCO <sub>2</sub>  | 45.30             | 45.0       | -          | 35.00-45.00 mmHg       |
| 14. | pO <sub>2</sub>   | 45.90             | 47.4       | -          | 83.00-108 mmHg         |
| 15. | AbHIV             | NR                | -          | -          | NR (Non reaktif)       |
| 16. | HbsAg rapid       | NR                | -          | -          | NR (Non reaktif)       |



**Tabel 4.4**  
**Obat yang Diterima Pasien**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| Nama Obat           | Kandungan/Isi Obat  | Bentuk/Sediaan | Dosis/Aturan Pakai | Rute/Cara Pemberian |
|---------------------|---|----------------|--------------------|---------------------|
| <b>Px 1 (Tn. R)</b> |   |                |                    |                     |
| Clopidogrel         | Clopidogrel   | Tablet         | 1x1                | Oral                |
| Vitamin B Complex   | Vitamin B1, vitamin B2, vitamin B6, calcium pethonate, nicotinamide | Tablet         | 1x1                | Oral                |

| Nama Obat           | Kandungan/Isi Obat | Bentuk/Sediaan | Dosis/Aturan Pakai   | Rute/Cara Pemberian |
|---------------------|--------------------|----------------|--|---------------------|
| <b>Px 2 (Ny. P)</b> |                    |                |  |                     |
| Ceftriaxone Sodium  | Ceftriaxone        | Vial           | 2x1  | IV                  |
| Ranitidine          | Ranitidine         | Ampul          | 2x1  | IV                  |
| Combivent           | Combivent          | Albuterol      | 3x1  | Inhalasi            |
| Nicardipine         | Nicardipine        | Ampul          | (Syringe Pump)<br>Kec:9,7 cc/jam h<br>50cc habis dalam 5 jam | IV                  |

**Tabel 4.5**  
**Analisa Data Pasien 1 (Tn. R)**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| No. | Data   | Etiologi                  | Masalah Keperawatan                               |
|-----|--|---------------------------|---|
| 1.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -  |                           | (D.0017)<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2.  | <b>Data Subjektif:</b><br>- Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri<br>- Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang<br><b>Data Objektif:</b><br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r} 5 \overline{) 2} \\ 5 \overline{) 2} \end{array}$<br>- Rentang gerak menurun<br>- Fisik terlihat lemah | Gangguan neuromuskular    | (D.0054)<br>Gangguan mobilitas fisik              |
| 3.  | <b>Data Subjektif:</b><br>- Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang)<br><b>Data Objektif:</b><br>- Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas<br>- Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.                      | Kelemahan                 | (D.0109)<br>Defisit perawatan diri                |
| 4.  | <b>Data Subjektif:</b><br>- Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot<br><b>Data Objektif:</b><br>- Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM   | Kurang terpapar informasi | (D.0111)<br>Defisit pengetahuan                   |
| 5.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -  |                           | (D.0143)<br>Risiko jatuh                          |

**Tabel 4.6**  
**Analisa Data Pasien 2 (Ny. P)**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| No. | Data  | Etiologi  | Masalah Keperawatan                                   |   |   |                        |                                      |
|-----|---|---|---|---|---|------------------------|--------------------------------------|
| 1.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -   |   | (D.0017)<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif     |   |   |                        |                                      |
| 2.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -<br>- Pasien tidak mampu batuk<br>- Sputum berlebih di jalan nafas<br>- Suara nafas abnormal: ronkhi<br>- RR: 26x/menit  | Disfungsi neuromuskuler   | (D.0001)<br>Bersihkan jalan nafas tidak efektif       |   |   |                        |                                      |
| 3.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -<br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br><table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td><td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td></tr><tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td><td style="padding: 2px 5px;">0</td></tr></table><br>-Rentang gerak menurun | 0   | 0   | 0 | 0 | Gangguan neuromuskular | (D.0054)<br>Gangguan mobilitas fisik |
| 0   | 0   |   |   |   |   |                        |                                      |
| 0   | 0   |   |   |   |   |                        |                                      |
| 4.  | <b>Data Subjektif:</b><br>- Keluarga Pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur secara aman<br><b>Data Objektif:</b><br>- Pasien di seka 1x/hari<br>- Pasien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar<br>- Kuku pasien dipotong 2 minggu 1x, terlihat kuku pasien yang kotor   | Kelemahan   | (D.0109)<br>Defisit perawatan diri                    |   |   |                        |                                      |
| 5.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -   |   | (D.0139)<br>Risiko Gangguan Integritas Kulit          |   |   |                        |                                      |
| 6.  | <b>Data Subjektif:</b> -<br><b>Data Objektif:</b> -   |   | (D. 0143)<br>Risiko jatuh                             |   |   |                        |                                      |
| 7.  | <b>Data Subjektif:</b><br>- Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien<br>- Keluarga pasien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk pasien<br><b>Data Objektif:</b><br>- Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM  | Dibuktikan dengan keinginan keluarga pasien untuk mengelola masalah kesehatan | (D. 0112)<br>Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan |   |   |                        |                                      |

## 2) Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.7**  
**Diagnosa Keperawatan**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| No Urut | Pasien 1                |   | Pasien 2                |  |
|---------|-------------------------|---|-------------------------|--|
|         | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)  | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)   |
| 1.      | Selasa, 2 April 2019    | (D.0017)<br><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b> dibuktikan dengan faktor risiko emboli   | Selasa, 2 April 2019    | (D.0017)<br><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b> dibuktikan dengan faktor risiko emboli  |
| 2.      | Selasa, 2 April 2019    | (D.0054)<br><b>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</b> dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah | Selasa, 2 April 2019    | (D.0001)<br><b>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</b> dibuktikan dengan Pasien tidak mampu batuk, Sputum berlebih di jalan nafas. Suara nafas abnormal yaitu ronkhi, RR: 26x/menit       |
| 3.      | Selasa, 2 April 2019    | (D.0109)<br><b>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</b> dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.                   | Selasa, 2 April 2019    | (D.0054)<br><b>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</b> dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r l} 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \end{array}$ Dan rentang gerak yang menurun. |

|    |                      |   |                      |   |
|----|----------------------|---|----------------------|---|
| 4. | Selasa, 2 April 2019 | (D. 0111)<br><b>Defisit pengetahuan terkait prosedur ROM berhubungan dengan kurang terpapar informasi</b> dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot, Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | Selasa, 2 April 2019 | (D.0109)<br><b>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</b> dibuktikan dengan Keluarga Pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur secara aman, Pasien di seka 1x/hari , Pasien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar, Kuku pasien dipotong 2 minggu 1x, terlihat kuku pasien yang kotor  |
| 5. | Rabu, 3 April 2019   | (D. 0143)<br><b>Risiko jatuh</b> dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun  | Selasa, 2 April 2019 | (D.0139)<br><b>Risiko Gangguan Integritas Kulit</b> dibuktikan dengan penurunan mobilitas   |
| 6. | -                    | -   | Rabu, 3 April 2019   | (D. 0143)<br><b>Risiko jatuh</b> dibuktikan dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran  |
| 7. | -                    | -   | Selasa, 2 April 2019 | (D. 0112)<br><b>Kesiapan Manajemen Kesehatan dengan keinginan keluarga pasien untuk mengelola masalah kesehatan</b> dimana Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien, Keluarga pasien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk pasien , Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM |

## 3) Perencanaan Keperawatan

**Tabel 4.8**  
**Perencanaan Keperawatan**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| Hari/ Tanggal        | Dx Kep   | Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi  |
|----------------------|--|--|---|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0017)<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko emboli | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan Kriteria hasil terjadinya peningkatan kesadaran, menurunnya sakit kepala, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik. | <p><b>Manajemen TIK (Pemantauan Neurologis) I.06197</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1.1 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)</p> <p>1.3 Monitor refleks batuk dan muntah</p> <p>1.4 Monitor keluhan sakit kepala</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.5 Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK</p> <p>1.6 Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>1.8 Informasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Pemberian obat (I.02062)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1.9 Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat</p> <p>1.10 Monitor efek terapeutik obat</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.11 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat</p> <p>1.12 Lakukan prinsip 6 benar</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.13 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p> |

| Hari/ Tanggal        | Dx Kep   | Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi   |
|----------------------|--|---|--|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0001)<br>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dibuktikan dengan Pasien tidak mampu batuk, Sputum berlebih di jalan nafas. Suara nafas abnormal yaitu ronchi, RR: 26x/menit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan Kriteria hasil dispneu menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik | <p><b>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)</p> <p>2.3 Monitor aliran O2</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.4 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2.5 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2.7 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p><b>Manajemen jalan napas (I.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>2.8 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2.9 Monitor adanya bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, wheezing, ronchi)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.10 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p> <p>2.11 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>2.12 Berikan oksigen jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.13 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>2.14 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.15 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> |

| Hari/ Tanggal        | Dx Kep   | Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  |
|----------------------|--|---|---|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0054)<br>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, pasien penurunan kesadaran, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot, Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah   | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun. | <p><b>Latihan Rentang Gerak (I.05177)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3.4 Gunakan pakaian yang longgar</p> <p>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>3.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu</p> |
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0109)<br>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Pasien penurunan kesadaran, Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil Kemampuan mandi meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.                              | <p><b>Dukungan Perawatan Diri (I. 11348)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>4.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>  |



| Hari/ Tanggal        | Dx Kep  | Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi   |
|----------------------|---|--|--|
| Selasa, 2 April 2019 | (D. 0111)<br>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot, Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan Kriteria Hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. | <p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>5.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>5.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>5.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>                                       |
| Rabu, 3 April 2019   | (D. 0143)<br>Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun; penurunan tingkat kesadaran  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun.  | <p><b>Pencegahan Jatuh (I. 14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>6.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia &gt;65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif)</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>6.7 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> |

| Hari/ Tanggal        | Dx Kep  | Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  |
|----------------------|---|---|---|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0139)<br>Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan Penurunan mobilitas  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan Kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, perdarahan menurun, elastisitas meningkat | <p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>7.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>7.3 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>7.4 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7.5 Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>7.6 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>7.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p><b>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>7.8 Monitor kondisi kulit</p> <p>7.9 Monitor komplikasi tirah baring</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>7.10 Tempatkan pada kasus terapeutik</p> <p>7.11 Pertahankan kebersihan pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7.12 Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p> |
| Selasa, 2 April 2019 | (D. 0112)<br>Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Dibuktikan dengan Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien, Keluarga pasien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk pasien, Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan Kriteria Hasil menerapkan program perawatan meningkat, melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat.          | <p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>5.3 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>5.4 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>5.7 Ajarkan PHBS</p>   |

#### 4) Pelaksanaan Keperawatan

**Tabel 4.9**  
**Implementasi Keperawatan Pasien 1 (Tn.R)**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| Waktu Pelaksanaan                           | Tindakan Keperawatan   | Evaluasi   |
|---|--|--|
| Hari 1<br>Tanggal 2 April 2019<br>Jam 12.10 | 1.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien                   | TD: 170/100mmHg Suhu: 36°C<br>N: 68x/menit RR: 20x/menit   |
| Jam 12.12                                   | 1.1 Memeriksa tingkat kesadaran pasien   | Kesadaran pasien compos mentis (E4M6V5)  |
| Jam 12.30                                   | 3.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot                                  | Pergerakan sendi terbatas pada ekstremitas sebelah kiri dengan nilai kekuatan otot<br>$\frac{5}{5} \mid \frac{2}{2}$                           |
| Jam 12.35                                   | 3.3 Menanyakan pada pasien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak             | Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat bergerak   |
| Jam 12.45                                   | 3.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak                                      | Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif                 |
| Jam 13.30                                   | 1.4 Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala                                   | Pasien mengatakan masih sering mengalami vertigo   |
| Jam 13.35                                   | 4.1 Menanyakan pada pasien mengenai kemampuan untuk kebutuhan dasar mandi                    | Pasien mengatakan tidak bisa mandi dengan mandiri, memerlukan bantuan 1 orang  |
| Jam 13.40                                   | 5.1 Menanyakan pada pasien tentang pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya | Pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakitnya dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan |
| Jam 13.50                                   | 5.3 Mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan                            | Pasien mengatakan bersedia dan sangat senang untuk menerima informasi dari penkes yang akan dilakukan  |

| Waktu Pelaksanaan                           | Tindakan Keperawatan  | Evaluasi  |
|---|---|---|
| Hari 2<br>Tanggal 3 April 2019<br>Jam 16.00 | 6.2 Melihat pagar pengaman pasien tidak terpasang   | Memberitahu pasien dan keluarga untuk memasang pagar karena rentan terjadi jatuh                          |
| Jam 16.00                                   | 6.4 Memasang pagar pengaman tempat tidur pasien   | Lingkungan pasien menjadi aman untuk pasien   |
| Jam 16.02                                   | 6.5 Mengatur tempat tidur pasien menjadi rendah   | Lingkungan pasien menjadi aman untuk pasien   |
| Jam 16.30                                   | 4.3 Menawarkan pasien untuk membantu kebutuhan dasar pasien (mandi)   | Pasien mengatakan akan di dampingi oleh istri atau anaknya.   |
| Jam 17.40                                   | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien  | TD: 160/110mmHg Suhu: 37°C<br>N: 80x/menit RR: 20x/menit  |
| Jam 18.20                                   | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien  | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar                                       |
| Jam 19.05                                   | 2.8 Memberikan obat Clopidogrel 75 mg (p.o) dan Vitamin B Complex 10 mg (p.o) ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Pasien mampu menghabiskan obatnya, pasien juga sudah mengetahui obatnya                                   |
| Jam 20.00                                   | 6.3 Menghitung resiko jatuh menggunakan skala morse   | Berdasarkan skala morse, skor yang didapat pasien 50 atau dengan kategori sangat tinggi akan risiko jatuh |

| Waktu Pelaksanaan                           | Tindakan Keperawatan  | Evaluasi   |
|---|---|--|
| Hari 3<br>Tanggal 4 April 2019<br>Jam 08.05 | 2.4 Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala  | Pasien mengatakan masih mengalami vertigo  |
| Jam 08.10                                   | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien                          | TD: 150/90mmHg Suhu:36,5°C<br>N: 84x/menit RR: 16x/menit   |
| Jam 08.20                                   | 3.8 Menjelaskan tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif                                  | Pasien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat   |
| Jam 08.30                                   | 3.6 Membantu pasien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif   | Pasien kooperatif  |
| Jam 08.35                                   | 3.5 Menganjurkan pada pasien untuk latihan secara perlahan agar terhindar dari cedera               | Pasien kooperatif  |
| Jam 08.40                                   | 3.7 Memberikan semangat pada pasien pada saat dilakukannya latihan rentang gerak                    | Pasien antusias saat latihan   |
| Jam 08.55                                   | 5.2 Memberikan pasien media berupa leaflet untuk membantu jika pasien lupa dengan prosedur dari ROM | Pasien antusias diberikan leaflet materi latihan   |
| Jam 09.02                                   | 5.4 Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya seputar latihan                                | Pasien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes |
| Jam 09.10                                   | 3.9 Menganjurkan pasien untuk latihan secara sistematis dan berkelanjutan                           | Pasien menerima anjuran dari perawat   |
| Hari 4<br>Tanggal 5 April 2109<br>Jam 08.20 | 2.4 Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala  | Pasien mengatakan vertigo sudah tidak muncul dari semalam  |
| Jam 09.00                                   | 3.6 Mempraktekkan dan membantu pasien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif                       | Pasien kooperatif  |
| Jam 09.10                                   | 3.7 Memberikan semangat pada pasien pada saat dilakukannya latihan rentang gerak                    | Pasien antusias pada saat latihan  |
| Jam 09.20                                   | 3.9 Menganjurkan pasien untuk latihan secara sistematis dan berkelanjutan                           | Pasien menerima anjuran dari perawat   |
| Jam 12.15                                   | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien                          | TD: 150/100mmHg Suhu:36°C<br>N: 88x/menit RR: 20x/menit  |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|-------------------|----------------------|----------|
|-------------------|----------------------|----------|

**Tabel 4.10**  
**Implementasi Keperawatan Pasien 2 Ny. P**  
**dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| Waktu Pelaksanaan              | Tindakan Keperawatan   | Evaluasi  |   |   |   |   |
|--------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| Hari 1<br>Tanggal 2 April 2019 |  |   |   |   |   |   |
| Jam 08.00                      | 1.1 Menghitung frekuensi pernafasan dan melihat kedalaman nafas  | RR: 26x/menit, dangkal.   |   |   |   |   |
| Jam 08.02                      | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O2  | SPO2 : 100%   |   |   |   |   |
| Jam 08.03                      | 1.2 Melihat Pola nafas pasien  | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea)  |   |   |   |   |
| Jam 08.10                      | 1.4 Mendengarkan suara nafas tambahan  | Terdapat suara nafas tambahan yaitu ronkhi  |   |   |   |   |
| Jam 08.20                      | 2.1 Cek kesadaran pasien   | Tingkat kesadaran pasien Koma (E2M3V2)  |   |   |   |   |
| Jam 08.40                      | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien   | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar   |   |   |   |   |
| Jam 09.05                      | 2.8 Memberikan obat ke pasien Ceftriaxone Sodium (1g) via IV. Dan ranitidine (2ml) via IV Dan Micardis 80mg (oral) | Pasien tidak ada ekspresi meringis  |   |   |   |   |
| Jam 11.00                      | 3.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot  | Nilai kekuatan otot <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0                              | 0  |   |   |   |   |   |
| 0                              | 0  |   |   |   |   |   |
| Jam 11.10                      | 3.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak  | Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif                                  |   |   |   |   |
| Jam 11.15                      | 7.2 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit  | Skor pada analisa pengkajian risiko: 8 (Kategori tinggi decubitus)  |   |   |   |   |
| Jam 11.20                      | 5.1 Menanyakan pada keluarga pasien mengenai pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya             | Keluarga pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakit pasien dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan     |   |   |   |   |
| Jam 11.30                      | 5.3 Mengontrak keluarga pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan   | Keluarga pasien mengatakan bersedia dan sangat senang bisa mendapat informasi dari edukasi kesehatan yang akan dilakukan  |   |   |   |   |
| Jam 12.00                      | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien   | TD: 150/110 mmHg , RR: 26x/menit<br>Suhu: 37.3°C N: 68x/menit   |   |   |   |   |

| Waktu Pelaksanaan                           | Tindakan Keperawatan  | Evaluasi  |
|---|---|---|
| Hari 2<br>Tanggal 3 April 2019<br>Jam 14.00 | 2.1 Cek kesadaran pasien  | Tingkat kesadaran pasien koma (E2M3V2)  |
| Jam 14.10                                   | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O2   | SPO2: 99%   |
| Jam 14.13                                   | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan   | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 14.15                                   | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung   | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab  |
| Jam 16.05                                   | 1.2 Melihat Pola nafas pasien   | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea)  |
| Jam 16.08                                   | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan   | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 16.10                                   | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung   | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab  |
| Jam 16.45                                   | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien                            | TD: 140/90mmHg<br>Suhu: 37.5°C<br>N: 75x/menit<br>RR: 24x/menit   |
| Jam 18.00                                   | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan   | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 18.05                                   | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung   | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab  |
| Jam 18.30                                   | 6.3 Menghitung resiko jatuh menggunakan skala morse   | Berdasarkan skala morse, skor yang didapat pasien 60 atau dengan kategori sangat tinggi akan risiko jatuh |
| Jam 20.40                                   | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien                                  | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar                                       |
| Jam 20.50                                   | 2.8 Memberikan obat ke pasien Ranitidine (2ml) via IV dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, pasien tidak ada ekspresi.                                 |

| Waktu Pelaksanaan              | Tindakan Keperawatan   | Evaluasi  |
|--------------------------------|--|---|
| Hari 3<br>Tanggal 4 April 2019 |  |   |
| Jam 11.00                      | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan  | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 11.08                      | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung  | Tidak ada kemerahan pada kulit  |
| Jam 11.50                      | 2.1 Cek kesadaran pasien   | Tingkat kesadaran pasien koma (E2M3V2)  |
| Jam 12.02                      | 1.2 Melihat Pola nafas pasien  | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea)  |
| Jam 12.03                      | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O <sub>2</sub>  | SPO <sub>2</sub> : 100%   |
| Jam 12.15                      | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien                                   | TD: 150/100 mmHg<br>N: 82x/menit<br>Suhu: 37.7°C<br>RR: 26x/menit   |
| Jam 12.50                      | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan  | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 12.55                      | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung  | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab  |
| Jam 13.00                      | 3.8 Menjelaskan pada keluarga tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif                             | Keluarga pasien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat   |
| Jam 13.10                      | 3.6 Mempraktekkan dan membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada pasien                  | Keluarga sangat kooperatif saat latihan   |
| Jam 13.20                      | 3.5 Menganjurkan pada keluarga untuk latihan secara perlahan agar pasien terhindar dari cedera               | Keluarga sangat kooperatif dan mau menerima anjuran dari perawat  |
| Jam 13.30                      | 5.2 Memberikan keluarga media berupa leaflet untuk membantu keluarga jika lupa prosedur dari ROM             | Keluarga pasien antusias diberikan leaflet materi latihan   |
| Jam 13.35                      | 5.4 Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya seputar latihan                                       | Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes |
| Jam 13.40                      | 3.9 Menganjurkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien secara sistematis dan berkelanjutan                | Keluarga pasien mau menerima anjuran dari perawat   |
| Jam 15.00                      | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan  | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 15.05                      | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung  | Tidak ada kemerahan kulit   |
| Jam 16.50                      | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien   | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar   |
| Jam 17.02                      | 2.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, tidak ada ekspresi pasien.                                     |



| Waktu Pelaksanaan                           | Tindakan Keperawatan   | Evaluasi  |
|---|--|---|
| Hari 4<br>Tanggal 5 April 2019<br>Jam 08.00 | 2.1 Cek kesadaran pasien   | Tingkat kesadaran pasien koma dengan GCS E2M3V2                           |
| Jam 08.10                                   | 1.2 Melihat Pola nafas pasien  | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea)                            |
| Jam 08.15                                   | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O2  | SPO2: 100%  |
| Jam 08.30                                   | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien   | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar       |
| Jam 08.40                                   | 2.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV, Ranitidine (2ml) via IV Dan Micardis 80 mg (p.o) ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, tidak ada ekspresi pasien. |
| Jam 10.00                                   | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan  | Pasien terlihat nyaman  |
| Jam 10.05                                   | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung  | Tidak ada kemerahan   |
| Jam 12.30                                   | 3.6 Membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada pasien  | Keluarga sangat antusias dan kooperatif                                   |
| Jam 12.50                                   | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien   | TD: 160/100 mmHg<br>N: 101x/menit<br>Suhu: 37.8°C<br>RR: 26x/menit        |

## 5) Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.11**  
**Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn.R)**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| Hari Ke                        | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)   |   |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| Hari 1<br>Selasa, 2 April 2019 | Dx. 1<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | <p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tanda vital:</li> <li>TD: 180/110mmHg</li> <li>N: 68x/menit</li> <li>Suhu: 36,2 °C</li> <li>RR: 19x/menit</li> <li>- Kesadaran pasien Compos Mentis</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor tingkat kesadaran</li> <li>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)</li> <li>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2.7 Lakukan prinsip 6 benar</li> <li>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</li> </ul>  |   |   |   |
|                                | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)               | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri</li> <li>- Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terjadi penurunan kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentang gerak menurun</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</li> <li>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</li> <li>3.4 Gunakan pakaian yang longgar</li> </ul> | 5 | 2 | 5 |
| 5                              | 2   |   |   |   |   |
| 5                              | 2   |   |   |   |   |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan   | Evaluasi (SOAP)   |
|---------|--|---|
|         |  | <p>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>   |
|         | <p>Dx 4<br/>Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)</p>   | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang)</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>4.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>4.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> |
|         | <p>Dx. 5<br/>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)</p> | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien enggan untuk bergerak</li> <li>- Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <p>5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p>  |

| Hari Ke                                    | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |
|--|---|--|
|  |   | 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya   |
| <b>Hari 2</b><br><b>Rabu, 3 April 2019</b> | Dx. 1<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: -<br>O:<br>TD: 150/100mmHg Suhu: 37°C<br>N: 80x/menit RR: 20x/menit<br><br>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan Intervensi<br>2.1 Monitor tingkat kesadaran<br>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br>2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian  |
|  | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)               | S:<br>- Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri<br>- Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang<br>O:<br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ - Rentang gerak menurun<br>- Fisik terlihat lemah<br>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi<br>P: Lanjutkan Intervensi<br>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi<br>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak<br>3.4 Gunakan pakaian yang longgar<br>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan<br>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.<br>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan   | Evaluasi (SOAP)   |
|---------|--|---|
|         |  | 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan<br>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis  |
|         | Dx 4<br>Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular<br><b>(D.0109)</b> | <b>S:</b><br>- Pasien mengatakan bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri tetapi dengan bantuan oleh 1 orang, yaitu istri atau anaknya<br><br><b>O:</b><br>- Keluarga pasien mengatakan sudah bisa membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya misalnya mandi, walaupun ditempat tidur<br>- pasien terlihat nyaman<br><br><b>A:</b> Masalah Keperawatan defisit perawatan diri teratasi<br><br><b>P:</b> Hentikan Intervensi   |
|         | Dx. 5<br>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi <b>(D. 0111)</b>  | <b>S:</b><br>- Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot<br>- Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukannya latihan rentang gerak (ROM) pasif<br><br><b>O:</b><br>- Pasien enggan untuk bergerak<br><br><b>A:</b> Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi<br><br><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br>5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan<br>5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya |

| Hari Ke                                     | Diagnosa Keperawatan   | Evaluasi (SOAP)   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|
|   | Dx. 6<br>Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun ( <b>D. 0143</b> )             | <p><b>S:-</b><br/> <b>O: -</b><br/> <b>A:</b> Masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi<br/> <b>P:</b> Pertahankan Intervensi<br/> 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh<br/> 6.4 Pasang handrail tempat tidur<br/> 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>   |   |   |   |   |
| <b>Hari 3</b><br><b>Kamis, 4 April 2019</b> | Dx. 1<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme ( <b>D.0017</b> ) | <p><b>S: -</b><br/> <b>O:</b><br/> TD: 150/90 mmHg<br/> N: 85x/menit<br/> Suhu: 37.7°C<br/> RR: 26x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/> 2.1 Monitor tingkat kesadaran<br/> 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br/> 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br/> 2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br/> 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>  |   |   |   |   |
|   | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular ( <b>D.0054</b> )               | <p><b>S:</b><br/> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri<br/> - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang</p> <p><b>O:</b><br/> - Terjadi penurunan kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="957 1635 1037 1713"> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>- Rentang gerak menurun<br/> - Fisik terlihat lemah</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/> 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi<br/> 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan</p> | 5 | 2 | 5 | 2 |
| 5   | 2  |   |   |   |   |   |
| 5   | 2  |   |   |   |   |   |

| Hari Ke  | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |
|--|---|--|
|  |   | atau nyeri pada saat bergerak<br>3.4 Gunakan pakaian yang longgar<br>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan<br>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.<br>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi<br>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan<br>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis                            |
|  | Dx. 5<br>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)                | <b>S:</b><br>- Pasien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot<br><br><b>O:</b><br>- Pasien terlihat sering melatih tangan dan jari-jarinya secara mandiri<br><br><b>A:</b> Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi<br><br><b>P:</b> Hentikan Intervensi   |
|  | Dx. 6<br>Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)             | <b>S:-</b><br><b>O: -</b><br><b>A:</b> Masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi<br><b>P:</b> Pertahankan Intervensi<br>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh<br>6.4 Pasang handrail tempat tidur<br>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah   |
| <b>Hari 4<br/>           Jum'at, 5 April<br/>           2019</b> | Dx. 1<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | <b>S: -</b><br><b>O: -</b><br>TD: 150/100mmHg Suhu:36°C<br>N: 86x/menit RR: 20x/menit<br><br><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi<br><br><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br>2.1 Monitor tingkat kesadaran<br>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br>2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)   |
|---------|---|---|
|         | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)   | <p>pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri</li> <li>- Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terjadi penurunan kekuatan otot</li> </ul> $\begin{array}{r}   5   2 \\ 5   2 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentang gerak menurun</li> <li>- Fisik terlihat lemah</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</li> <li>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</li> <li>3.4 Gunakan pakaian yang longgar</li> <li>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</li> <li>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</li> <li>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</li> <li>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</li> <li>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</li> </ul> |
|         | Dx. 6<br>Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | <p><b>S:-</b></p> <p><b>O:</b></p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi</p> <p><b>P:</b> Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</li> <li>6.4 Pasang handrail tempat tidur</li> <li>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ul>  |



**Tabel 4.12**  
**Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Ny. P)**  
**Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap**  
**Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019**

| Hari Ke   | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)   |
|---|---|---|
| <p><b>Hari 1</b><br/> <b>Selasa, 2 April 2019</b></p> | <p>Dx. 2<br/>           Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> | <p><b>S:-</b><br/> <b>O:</b><br/>           - Pasien tidak mampu batuk<br/>           - Sputum berlebih di jalan nafas<br/>           - Suara nafas abnormal: ronkhi<br/>           - RR: 26x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi<br/>           1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas<br/>           1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)<br/>           1.3 Monitor aliran O2<br/>           1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p>  |
|   | <p>Dx. 1<br/>           Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>    | <p><b>S: -</b><br/> <b>O:</b><br/>           - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2)<br/>           - Tanda vital:<br/>           TD: 160/100 mmHg<br/>           Suhu: 37.5°C<br/>           N: 75x/menit<br/>           RR: 26x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/>           2.1 Monitor tingkat kesadaran<br/>           2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br/>           2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br/>           2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br/>           2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.</p> |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |
|---------|---|--|
|         | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular ( <b>D.0054</b> )      | S: -<br>O:<br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r} 0 \\ 0 \\ \hline 0 \end{array}$<br>-Rentang gerak menurun<br><br>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan Intervensi<br>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.<br>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis  |
|         | Dx. 5<br>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi ( <b>D. 0111</b> )       | S:<br>- Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien<br>O:<br>- Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM<br><br>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan Intervensi<br>5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan<br>5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya |
|         | Dx. 7<br>Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d penurunan mobilitas ( <b>D.0139</b> ) | S :-<br>O :<br>- Pasien tirah baring lama<br>- Pasien immobilisasi sepenuhnya<br>- Kondisi kulit sangat lembab<br>- Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus  |

| Hari Ke  | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)   |
|--|---|---|
|  |   | <p><b>A:</b> Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam<br/>7.3 Monitor kondisi kulit<br/>7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p>   |
| <p><b>Hari 2</b><br/><b>Rabu, 3 April 2019</b></p> | <p>Dx.2<br/>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> | <p><b>S:-</b><br/><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu batuk</li> <li>- Sputum berlebih di jalan nafas</li> <li>- Suara nafas abnormal: ronkhi</li> <li>- RR: 24x/menit</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi<br/>1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas<br/>1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)<br/>1.3 Monitor aliran O2<br/>1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p>  |
|  | <p>Dx.1<br/>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>    | <p><b>S: -</b><br/><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2)</li> <li>- Tanda vital:<br/>TD: 150/100mmHg<br/>Suhu: 37.5°C<br/>N: 80x/menit<br/>RR: 24x/menit</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/>2.1 Monitor tingkat kesadaran<br/>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br/>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br/>2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br/>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.</p> |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |
|---------|---|--|
|         | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)   | S: -<br>O:<br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r l} 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \end{array}$<br>-Rentang gerak menurun<br><br>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan Intervensi<br>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.<br>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.  |
|         | Dx. 5<br>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)    | S:<br>- Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien<br>O:<br>- Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM<br><br>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan Intervensi<br>5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan<br>5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan<br>5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya |
|         | Dx. 6<br>Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | S:-<br>O:<br>- Pasien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2)<br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{r l} 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \end{array}$<br>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60   |

| Hari Ke   | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)   |
|---|---|---|
|   |   | <p>- Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko jatuh tidak terjadi</p> <p><b>P:</b> Pertahankan intervensi<br/>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh<br/>6.4 Pasang handrail tempat tidur<br/>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>  |
|   | <p>Dx. 7<br/>Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d penurunan mobilitas (D.0139)</p>            | <p><b>S :</b> -<br/><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tirah baring lama</li> <li>- Pasien immobilisasi sepenuhnya</li> <li>- Kondisi kulit sangat lembab</li> <li>- Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam<br/>7.3 Monitor kondisi kulit<br/>7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p> |
| <p><b>Hari 3</b><br/><b>Kamis, 4 April 2019</b></p> | <p>Dx.2<br/>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> | <p><b>S:-</b><br/><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu batuk</li> <li>- Sputum berlebih di jalan nafas</li> <li>- Suara nafas abnormal: ronkhi</li> <li>- RR: 26x/menit</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi<br/>1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas<br/>1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)</p>  |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |
|---------|---|--|
|         |   | 1.3 Monitor aliran O2<br>1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler   |
|         | Dx.1<br>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme ( <b>D.0017</b> ) | S: -<br>O:<br>- Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2)<br>- Tanda vital:<br>TD: 150/110 mmHg<br>N: 88x/menit<br>Suhu: 37.7°C<br>RR: 24x/menit<br><br>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi<br>P: Lanjutkan Intervensi<br>2.1 Monitor tingkat kesadaran<br>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br>2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. |
|         | Dx. 3<br>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular ( <b>D.0054</b> )              | S: -<br>O:<br>- Terjadi penurunan kekuatan otot<br>$\begin{array}{ c c } \hline 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \\ \hline \end{array}$ -Rentang gerak menurun<br><br>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi<br><br>P: Lanjutkan Intervensi<br>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.<br>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.  |
|         | Dx. 5<br>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi ( <b>D. 0111</b> )               | S:<br>- Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien   |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|
|         |   | <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien bisa mengulang prosedur yang sudah diajarkan</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi</p> <p><b>P:</b> Hentikan Intervensi</p>  |   |   |   |   |
|         | <p>Dx. 6<br/>Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (<b>D. 0143</b>)</p>    | <p><b>S:-</b></p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2)</li> <li>- Terjadi penurunan kekuatan otot</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60</li> <li>- Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko jatuh teratasi</p> <p><b>P:</b> Pertahankan intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0       | 0   |   |   |   |   |   |
| 0       | 0   |   |   |   |   |   |
|         | <p>Dx. 7<br/>Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d penurunan mobilitas (<b>D.0139</b>)</p> | <p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tirah baring lama</li> <li>- Pasien immobilisasi sepenuhnya</li> <li>- Kondisi kulit sangat lembab</li> <li>- Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <p>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>7.3 Monitor kondisi kulit</p> <p>7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p>   |   |   |   |   |

| Hari Ke   | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |   |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|---|
| <p><b>Hari 4</b><br/><b>Kamis, 5 April 2019</b></p> | <p>Dx.2<br/>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p>    | <p><b>S:-</b><br/><b>O:</b><br/>- Pasien tidak mampu batuk<br/>- Sputum berlebih di jalan nafas<br/>- Suara nafas abnormal: ronkhi<br/>- RR: 26x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Bersihkan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi<br/>1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas<br/>1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)<br/>1.3 Monitor aliran O2<br/>1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p>   |   |   |   |   |
|   | <p>Dx.1<br/>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (<b>D.0017</b>)</p> | <p><b>S: -</b><br/><b>O:</b><br/>- Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2)<br/>- Tanda vital:<br/>TD: 140/90 mmHg<br/>N: 76x/menit<br/>Suhu: 37.5°C<br/>RR: 26x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi<br/>2.1 Monitor tingkat kesadaran<br/>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)<br/>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat<br/>2.7 Lakukan prinsip 6 benar<br/>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.</p> |   |   |   |   |
|   | <p>Dx. 3<br/>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (<b>D.0054</b>)</p>              | <p><b>S: -</b><br/><b>O:</b><br/>- Terjadi penurunan kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="1053 1870 1133 1937"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>-Rentang gerak menurun</p>   | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0   | 0   |  |   |   |   |   |
| 0   | 0   |  |   |   |   |   |



| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan  | Evaluasi (SOAP)  |   |   |   |   |
|---------|---|--|---|---|---|---|
|         |   | <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.</p>  |   |   |   |   |
|         | <p>Dx. 6<br/>Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (<b>D. 0143</b>)</p>    | <p><b>S:-</b></p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2)</li> <li>- Terjadi penurunan kekuatan otot</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60</li> <li>- Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan Risiko jatuh tidak terjadi</p> <p><b>P:</b> Pertahankan intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0       | 0   |  |   |   |   |   |
| 0       | 0   |  |   |   |   |   |
|         | <p>Dx. 7<br/>Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d penurunan mobilitas (<b>D.0139</b>)</p> | <p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tirah baring lama</li> <li>- Pasien immobilisasi sepenuhnya</li> <li>- Kondisi kulit sangat lembab</li> <li>- Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <p>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>7.3 Monitor kondisi kulit</p> <p>7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p>  |   |   |   |   |

## 4.2 Pembahasan

### 1) Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal 2 April - 5 April 2019 di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengkajian dilakukan pada 2 pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Pasien 1 (Tn. R) usia 55 tahun dengan keluhan utama merasakan vertigo dan keluhan tambahan yaitu

kelemahan anggota gerak sebelah dengan nilai kekuatan otot  $\frac{5}{5} \frac{2}{2}$

Pasien 2 (Ny. P) usia 62 tahun dengan keluhan utama mengalami penurunan kesadaran, juga mengalami kelumpuhan pada anggota gerak sebelah kanan dengan nilai kekuatan otot  $\frac{0}{0} \frac{0}{0}$  sejak terjatuh dirumah. Adanya keluhan utama penurunan kesadaran, kelumpuhan/kelemahan anggota gerak, dan vertigo yang terjadi pada kedua pasien di atas sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien stroke (Menurut Nurarif dan Hardhi, 2015).

Pasien 1 (Tn. R) dengan riwayat penyakit dahulu tidak pernah masuk RS sebelumnya, tidak pernah menderita penyakit kronik/menular, tidak mengonsumsi obat-obatan, tetapi memiliki kebiasaan merokok. Sedangkan pasien 2 (Ny. P) dengan riwayat penyakit dahulu pernah dirawat di RS karena keluhan sesak nafas, memiliki riwayat Hipertensi berat, tidak memiliki riwayat penyakit menular, mengonsumsi obat-obatan anti-hipertensi. Dari anamnesa tersebut di atas peneliti berasumsi bahwa pasien 1 (Tn. R) mengalami serangan stroke dikarenakan kebiasaan merokok, dimana sesuai dengan teori dalam

penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dienni dan Supatmi (2015). Sedangkan pasien 2 (Ny. P) mengalami serangan stroke disebabkan oleh adanya riwayat hipertensi berat. Hal ini sesuai dengan teori hasil penelitian sebelumnya oleh Irwana, dkk (2011).

Pemeriksaan kesadaran pada pasien 1 (Tn. R) didapatkan hasil kesadaran compos mentis dengan nilai GCS E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>. Dan pasien 2 (Ny. P) dengan kesadaran somnolen dan nilai GCS E<sub>2</sub>M<sub>3</sub>V<sub>2</sub>. Kedua pasien tersebut memiliki perbedaan tingkat kesadaran. Peneliti berasumsi bahwa perbedaan tingkat kesadaran ini dapat disebabkan oleh penanganan awal yang tidak tepat dan cepat pada saat terjadi serangan awal stroke. Hal ini sesuai dengan teori Menurut Dharma (2018) bahwa semakin lama pasien tidak tertangani maka akan semakin banyak daerah otak yang mengalami infark. Semakin banyak daerah infark di otak, maka akan semakin berat dampak stroke dan semakin menurunkan harapan hidup pasien stroke.

Pada pengkajian tentang sistem respirasi, pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) memiliki perbedaan dimana hanya pasien 2 (Ny. P) yang memiliki tanda gejala minor dan mayor untuk gangguan pada pola napas. Tanda gejala yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah suara nafas tambahan pada pasien yaitu wheezing, adanya penggunaan otot-otot bantu pernafasan serta pola nafas yang cepat dan dangkal. Hasil pemeriksaan fisik diatas memiliki kesamaan dengan teori yaitu Menurut Nurarif dan Hardhi (2015), pasien stroke bisa mengalami gangguan pola nafas menjadi tidak efektif dikarenakan terjadinya kerusakan serebral yang berakibat pada pusat pernafasan sehingga

berlebihan dalam merespon CO<sub>2</sub>.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang sistem muskuloskeletal ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) mengalami gangguan yang sama yaitu gangguan mobilitas fisik dimana terjadi kelemahan maupun kelumpuhan pada anggota gerak. Hal ini sesuai dengan teori dimana hemiparese/hemiplegia tersebut disebabkan oleh vasospasme arteri serebral (Nurarif dan Hardhi,2015).

Pada pasien 1 (Tn. R) kelemahan ekstremitas yang terjadi adalah pada bagian kiri dengan nilai kekuatan otot

|   |   |
|---|---|
| 5 | 2 |
| 5 | 2 |

Kelemahan ekstremitas menyebabkan pasien tidak bisa melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan dari orang lain.

Pada pasien 2 ekstremitas mengalami kelumpuhan pada bagian kanan dengan nilai kekuatan otot

|   |   |
|---|---|
| 0 | 0 |
| 0 | 0 |

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang risiko jatuh pada kedua pasien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimana pasien stroke berisiko jatuh. Sesuai dengan skala morse, pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 50 yang berarti kategori risiko jatuh tinggi. Pagar pengaman tempat tidur yang terkadang tidak terpasang, kondisi pasien yang sering mengeluh pusing semakin meningkatkan risiko jatuh pasien. Pada pasien 2 (Ny. P) skor yang didapat dengan menggunakan skala morse adalah

60 yang juga berarti kategori risiko jatuh tinggi. Penurunan kesadaran semakin meningkatkan risiko jatuh pada pasien 2.

Berdasarkan data hasil pengkajian pada Status Fungsional/aktivitas dan mobilisasi Barthel Indeks ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 12 yang berarti kategori ketergantungan ringan. Sedangkan pada pasien 2 (Ny. P) mendapatkan skor 0 yang berarti kategori ketergantungan berat.

Berdasarkan data hasil penilaian risiko decubitus ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 18 dengan keterangan kategori risiko rendah terjadinya decubitus. Sedangkan pasien 2 (Ny. P) mendapatkan skor 8 yang berarti kategori tinggi untuk terjadi decubitus.

Pada pengkajian personal hygiene ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) mandi 1x/hari, keramas 2 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, sikat gigi 2x/hari, dan ganti pakaian 1x/hari. Sedangkan pada pasien 2 (Ny. P) mandi 1x/hari, keramas 5 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, pasien ganti pakaian 1x/hari, pasien belum ada sikat gigi selama sakit. Kedua pasien tersebut memiliki kesamaan personal hygiene yang kurang. Menurut peneliti hal tersebut dikarenakan terjadinya gangguan fungsi pada anggota gerak pasien dan penurunan kesadaran yang menyebabkan pasien tidak bisa menjalankan aktifitas dasar sehari-hari.

## 2) Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan didapatkan 4 diagnosa keperawatan yang sama pada 2 pasien yaitu Risiko perfusi serebral tidak

efektif d.d faktor risiko emboli, Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, Defisit perawatan diri b.d kelemahan, dan Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diagnosa yang lain yang berbeda adalah Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d pasien mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan, dan Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilisasi. Diagnosa utama yang diangkat pada kedua pasien adalah Risiko perfusi serebral d.d faktor risiko emboli.

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 dan 2 yaitu :

a) Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli

Ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) mengeluh vertigo serta tekanan darah yang tinggi. Pada pasien 2 (Ny. P) terjadi penurunan kesadaran dan juga tekanan darah yang tinggi. Risiko perfusi serebral tidak efektif dapat terjadi jika pembuluh darah menyempit yang disebabkan oleh lemak kemudian terjadi pembekuan darah di serebral yang akhirnya mengakibatkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat. (Nurarif dan Hardhi, 2015)

b) Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular

Pada pasien 2 (Ny. P) terlihat adanya penggunaan otot-otot bantu pernafasan, pola napas yang abnormal (Takipneu), suara nafas yang abnormal (wheezing), dan penggunaan alat bantu pernapasan yaitu Oksigen jenis Non-Rebreathing Mask sebanyak 10 lpm. Data objektif diatas memiliki kesamaan dengan teori

yaitu Menurut Nurarif dan Hardhi (2015), pasien stroke bisa mengalami gangguan pola nafas menjadi tidak efektif dikarenakan terjadinya kerusakan serebral yang berakibat pada pusat pernafasan sehingga berlebihan dalam merespon CO<sub>2</sub>.

c) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Pasien 1 (Tn. R) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, pasien juga mengatakan tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri dan harus dibantu oleh 1 orang. Terlihat adanya kelemahan fisik pada pasien. Pada pasien 2 (Ny. P) mengalami penurunan kesadaran sehingga terjadi penurunan mobilisasi pasien. Untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari pasien membutuhkan bantuan total dari perawat/keluarga. Sesuai dengan teori bahwa hemiparese merupakan masalah umum yang dialami oleh pasien stroke. Hemiparese pada ekstremitas atas dapat menyebabkan pasien mengalami berbagai keterbatasan, sehingga pasien banyak mengalami ketergantungan dalam beraktivitas. (Oleh Yanti, dkk Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 16 No.1, Maret 2013, hal 40-46).

d) Defisit perawatan diri b.d kelemahan

Pasien 1 (Tn. R) mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang). Pasien juga mengatakan terkadang tidak membersihkan diri karena tidak ada yang membantu jika keluarga sedang melakukan kegiatan yang lain. Sedangkan pada pasien 2 (Ny. P), karena penurunan kesadaran yang dialami maka perawatan diri sangat membutuhkan orang lain. Keluarga pasien dalam hal ini selalu

membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, namun keluarga mengatakan belum mengetahui bagaimana cara agar perawatan yang dilakukan aman bagi pasien.

Defisit perawatan diri merupakan kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas (Rosenberg dan Smith, 2005 : 180). Defisit perawatan diri adalah keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (Carpenito, 2007 : 388) dalam Jurnal “Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik” oleh Sri Iswahyuni, dkk.

e) Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun

Ditemukan kesamaan antara pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) dimana terjadi kelemahan anggota gerak sehingga meningkatkan risiko jatuh pasien. Keamanan lingkungan yang terkadang tidak diperhatikan dapat menjadi penyebab utama terjadinya jatuh pada pasien. Penurunan kesadaran juga menjadi pemberat pada risiko jatuh dimana sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Nurarif dan Hardhi, 2015.

f) Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilisasi

Ditemukan perbedaan antara pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) dimana hasil penilaian risiko decubitus pada pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 18 yang berarti kategori rendah untuk terjadi decubitus. Sedangkan pada pasien 2 (Ny.P) mendapatkan skor 8 yang berarti risiko tinggi terjadi decubitus. Skor tinggi yang didapatkan pasien 2 (Ny. P) dikarenakan bedrest yang terlalu



lama. Oleh karena itu peneliti menyusun intervensi untuk mobilisasi pasien setiap 2 jam ke kanan dan ke kiri.

g) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Pasien 1 (Tn. R) mengatakan tidak mengetahui cara untuk latihan gerak agar meningkatkan kekuatan ototnya. Pasien terlihat banyak bertanya kepada perawat. Oleh karena itu perawat menyusun intervensi pendidikan kesehatan ROM untuk pasien 1 (Tn. R). sedangkan untuk pasien 2 (Ny. P) tidak bisa dikaji tingkat pengetahuan pasien karena terjadinya penurunan kesadaran.

3) Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan perfusi serebral kembali efektif dengan kriteria hasil tidak terjadi peningkatan TIK pada pasien dengan melakukan Manajemen TIK yaitu Pemantauan Neurologis, Pemberian obat.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri dengan kriteria hasil pasien meningkat dalam aktifitasnya. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah Latihan rentang gerak.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan pola nafas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil pasien menunjukkan jalan nafas yang paten. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa Pola nafas tidak efektif adalah Pemantauan Respirasi dan Manajemen jalan napas.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri atau dengan bantuan. Rencana tindakan pada diagnosa defisit perawatan diri adalah Dukungan Perawatan Diri.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Defisit Pengetahuan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan pasien. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa defisit pengetahuan adalah Edukasi kesehatan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko jatuh berhubungan dengan kelemahan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan tidak terjadi jatuh pada pasien. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada

diagnosa ini adalah Pencegahan jatuh dengan manajemen keamanan lingkungan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan integritas kulit pasien baik. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa risiko gangguan integritas kulit adalah Perawatan integritas kulit dan perawatan tirah baring.

#### 4) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 selama 4 hari akan dijabarkan sebagai berikut. Pada pasien 1 (Tn. R) pada hari pertama dilakukan pengukuran tanda-tanda vital, cek kesadaran, menilai kekuatan otot, menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak, menanyakan pasien terkait keluhan sakit kepala, menanyakan pasien terkait kebutuhan dasar mandi, menanyakan pasien terkait pengetahuannya tentang penyakitnya, dan mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan edukasi kesehatan.

Pada hari kedua melakukan identifikasi terhadap keamanan lingkungan pasien, menawarkan pasien untuk membantu aktifitas mandi, mengukur tanda vital, melakukan identifikasi 6 benar untuk pemberian obat, memberikan obat Clopidogrel 75 mg oral dan vitamin B complex 10 mg, serta menghitung risiko jatuh dengan skala morse.

Pada hari ketiga menanyakan pada pasien terkait keluhan sakit kepala, melakukan pengukuran tanda vital, melakukan latihan rentang gerak (ROM) pada pasien.

Pada hari keempat menanyakan pada pasien terkait keluhan sakit kepala, membantu pasien latihan rentang gerak, melakukan pengukuran tanda vital.

Pada pasien 2 (Ny. P) pada hari pertama melakukan auskultasi suara nafas pasien, frekuensi napas dan kedalaman nafas, mengecek kesadaran pasien, melakukan identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien yaitu Ceftriaxone Sodium IV dan Ranitidine 2ml IV dan Micardis 80 mg oral, menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak, mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menanyakan keluarga terkait pengetahuannya pada penyakit pasien, mengontrak keluarga untuk dilakukan edukasi kesehatan, melakukan pengukuran tanda vital.

Pada hari kedua mengecek kesadaran pasien, melihat keadekuatan aliran oksigen, membantu mengubah posisi pasien tiap dua jam, memonitor kondisi kulit pasien bagian belakang, menghitung risiko jatuh dengan skala morse, melakukan identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien Ranitidine 2 ml IV.

Pada hari ketiga membantu mengubah posisi pasien tiap 2 jam, memantau kondisi kulit yang tertekan, mengecek kesadaran pasien, melihat pola nafas dan kedalaman nafas pasien, melakukan pengukuran tanda vital, membantu keluarga melakukan latihan rentang gerak pada pasien, melakukan

identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien Ceftriaxone Sodium 1g IV.

Pada hari keempat mengecek kesadaran pasien, melihat pola nafas dan kedalaman nafas pasien, melakukan identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien Ceftriaxone Sodium 1g IV, Ranitidine 2 ml IV dan Micardis 80 mg oral, mengubah posisi pasien tiap dua jam, memantau kondisi kulit pasien dan melakukan pengukuran tanda vital.

#### 5) Evaluasi Keperawatan

##### a) Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien mengatakan keluhan vertigo masih ada namun jarang muncul. Data objektinya pasien masih mengalami peningkatan tekanan darah. Namun kesadaran pasien baik/compos mentis. Masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Manajemen TIK, Pemantauan Neurologis dan Pemberian Obat. Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien masih mengalami penurunan kesadaran (somnia), masih terjadi peningkatan tekanan darah. Masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Manajemen TIK, Pemantauan Neurologis dan Pemberian Obat.

##### b) Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pola nafas pasien yang masih abnormal, masih terdapat otot-otot bantu pernafasan, dan pasien masih menggunakan alat bantu nafas

yaitu oksigen sebanyak 10 lpm. Dengan itu maka masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Pemantauan Respirasi dan Manajemen Jalan napas.

c) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot, fisik yang masih lemah, dan pasien mengatakan masih membutuhkan orang lain untuk menjalani aktifitas. Dengan itu maka masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Latihan Rentang Gerak.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot, fisik yang masih lemah, dan masih mengalami penurunan kesadaran. Dengan itu maka masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Latihan Rentang Gerak.

d) Defisit perawatan diri b.d kelemahan

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien dapat memenuhi aktifitas sehari-hari dengan dibantu oleh keluarganya. Pasien merasakan nyaman karena dapat memenuhi kebutuhannya dengan baik. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah keluarga mampu membantu pasien untuk memenuhi

kebutuhan dasarnya. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

e) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah dilakukan edukasi kesehatan adalah pasien mengatakan sangat terbantu dan sudah memahami bagaimana cara latihan rentang gerak di kasur. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah dilakukan edukasi kesehatan kepada keluarga, keluarga mengatakan sangat terbantu dan sudah memahami bagaimana cara latihan rentang gerak di kasur. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

f) Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien terjaga keamanan lingkungannya dan tidak terjadi jatuh. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien terjaga keamanan lingkungannya dan tidak terjadi jatuh. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

g) Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilisasi

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien terjaga integritas kulitnya sehingga tidak terjadi gangguan integritas kulit. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan Asuhan Keperawatan pada 2 pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

##### 1. Pengkajian

Secara umum data yang didapat peneliti saat pengkajian sesuai dengan teori. Adanya keluhan utama penurunan kesadaran yang dialami pasien 1 (Ny. P), kelumpuhan/kelemahan anggota gerak pada kedua pasien, dan vertigo yang dialami pada pasien 1 (Tn. R) sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien stroke (Menurut Nurarif dan Hardhi, 2015). Peneliti berasumsi bahwa perbedaan antara pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) terkait tingkat kesadaran dapat disebabkan oleh cepat dan tepatnya penanganan awal saat serangan stroke terjadi. Dari pengkajian riwayat penyakit dahulu dan kebiasaan ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) memiliki kebiasaan merokok. Sedangkan pasien 2 (Ny. P) memiliki riwayat Hipertensi berat. Dari hasil anamnesa tersebut diatas peneliti memiliki kesimpulan bahwa serangan stroke dikarenakan kebiasaan merokok, dimana sesuai dengan teori dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dienni dan Supatmi (2015). Sedangkan pasien 2 (Ny. P) mengalami serangan stroke



disebabkan oleh adanya riwayat hipertensi berat. Hal ini sesuai dengan teori hasil penelitian sebelumnya oleh Irwana, dkk (2011). Dari data hasil pengkajian tentang sistem muskuloskeletal ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) mengalami gangguan yang sama yaitu gangguan mobilitas fisik dimana terjadi kelemahan maupun kelumpuhan pada anggota gerak. Hal ini sesuai dengan teori dimana hemiparese/hemiplegia tersebut disebabkan oleh vasospasme arteri serebral (Nurarif dan Hardhi,2015). Pengkajian tentang risiko jatuh pada kedua pasien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimana pasien stroke berisiko jatuh. Hasil penilaian risiko decubitus ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 18 dengan keterangan kategori risiko rendah terjadinya decubitus. Sedangkan pasien 2 (Ny. P) mendapatkan skor 8 yang berarti kategori tinggi untuk terjadi decubitus. Perbedaan skor pada masing-masing pasien disebabkan karena perbedaan kemampuan mobilisasi dan tingkat kesadaran.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Secara umum daftar diagnosa yang muncul pada kedua pasien memiliki kesamaan. yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli, Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, Defisit perawatan diri b.d kelemahan, dan Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diagnosa yang lain yang berbeda adalah Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d pasien mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan, dan Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilisasi.

## 3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang muncul dan ditegakkan berdasarkan Kriteria hasil, tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi Pasien saat ini.

## 4. Pelaksanaan tindakan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun oleh peneliti. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasien 1 dan Pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan Pasien Stroke Non Hemoragik.

## 5. Evaluasi

Evaluasi adalah akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada Pasien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terhadap 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko embolisme dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Sedangkan pada Pasien 2 terdapat 4 diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilisasi. Peneliti berasumsi bahwa masalah - masalah yang belum teratasi diatas memerlukan waktu perawatan yang lebih lama untuk pasien dengan Stroke Non Hemoragik agar hasil yang ingin dicapai lebih optimal.

## 5.2 Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik maka diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

### 1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada Pasien Stroke Non Hemoragik. Pertimbangan untuk memperpanjang waktu perawatan juga diperlukan agar hasil yang ingin dicapai lebih optimal.

### 2. Bagi perawat ruangan

Sebaiknya ditingkatkan pada Pasien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan diruang inap khususnya tindakan yang bisa dilakukan pasien dan keluarga secara mandiri. Misalnya tindakan melatih ROM untuk pasien stroke.

### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Trend terbaru dalam kasus stroke adalah pergeseran usia penderita stroke di bawah 30 tahun mengalami peningkatan (Risksdas 2018). Oleh karena itu dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I.G & Reggy, P. (2016). *Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial Pada Stroke*. CDK-238. Vol. 43, No. 3
- AHA. (2013). ASA/AHA Guideline: guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke.
- Ainal Mardhiah, dkk. (2015). *Persepsi Pasien Stroke tentang Dukungan Pasangan di Banda Aceh*. Idea Nursing Journal Volume VI Nomor 2 (63)
- Alchuriyah dan Wahjuni. (2016). *Faktor Resiko Kejadian Stroke Usia Muda pada Pasien Rumah Sakit Brawijaya Surabaya*. Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 4 Nomor 1 (62–73)
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Batticaca, F (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Batubara dan Tat. (2015). *Hubungan antara Penanganan Awal dan Kerusakan Neurologis Pasien Stroke di RSUD Kupang*. The Soedirman Journal of Nursing Volume 10 Nomor 3, (144)
- Cahyati, *et al.* (2013). Perbandingan Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Melalui Latihan Range of Motion Unilateral dan Bilateral. *Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 16 Nomor 1 (41)*.
- Dinata, dkk. (2013). *Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012*. Jurnal Kesehatan Andalas ; 2(2)
- Fauzi, A. (2018). Analisis Data dalam Penelitian. Unpublished Tesis for Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
- Iswahyuni, *et al.* (2014). Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik. *Prosiding Seminar Nasional Fakultas Ilmu Kesehatan (20-23)*.
- Kurniawan, R. (2018). *Penatalaksanaan Stroke*. Unpublished Tesis for UMY.
- Latifah, D & Supatmi. (2015). Perilaku Merokok dengan Kejadian Stroke. *The Sun Volume 2 Nomor 2 (61-62)*.

Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

National Stroke Association. (2016). Post-Stroke Conditions. Diakses pada tanggal 6 Desember 2018 dari <http://www.stroke.or/we-can-help/survivors/strokerecovery/post-stroke-conditions>

National Medicines Information Centre. (2011). *The Management of Stroke. Management of Stroke Bulletin*. Vol.17 No.3

Nurarif dan Hardhi (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, Edisi Revisi Jilid 3*. Jogjakarta: Penerbit Mediaction.

PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Praditiya, W. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Hemoragik*. Unpublished Tesis for Unimus.

Prakasita, M. (2015). *Faktor Resiko Stroke Non Hemoragik*. Unpublished Tesis for Undip.

Pudiasuti, R. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Surakarta: Muha Medika.

Rahayu, *et al.* (2015). Pengaruh Pemberian Latihan Range of Motion (ROM) terhadap Kemampuan Motorik pada Pasien Post Stroke di RSUD Gambiran. *Jurnal Keperawatan Volume 6 Nomor 2 (103)*.

Ratnawardani, *et al.* (2018). Pengalaman Keluarga dalam Penanganan Serangan Pertama Pada Pasien Stroke. *JOM FKp Volume 5 Nomor 2 (260)*.

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar). (2018). Badan Litbangkes.

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar). (2013). Badan Litbangkes.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *Management of Patients with Stroke or TIA: Assesment, Investigation, Immediate Management*

and Secondary Prevention A National Clinical Guideline.  
<http://www.sign.ac.uk>

Sunaryati, S (2011). *14 Penyakit Paling Sering Menyerang dan Sangat Mematikan*. Jogjakarta: FlashBooks.

Terjemahan Nursing Interventions Classification (NIC), edisi ke-6, oleh Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne Dochterman dan Cheryl Wagner, dikerjakan oleh CV. Mocomedia dan diterbitkan dengan pengawasan pihak Elsevier Inc.

Terjemahan Nursing Outcomes Classification (NOC), edisi ke-5, oleh Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, dikerjakan oleh CV. Mocomedia dan diterbitkan dengan pengawasan Elsevier Inc.

Usrin, *et al.* (2011). Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik di Ruang Neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi. *Unpublished thesis for USU (2-4)*.

World Health Organization. (2016). Tobacco & stroke. Geneva: World Health Organization.

Widagdo, Suharyanto, dan Aryani (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Penerbit Buku Kesehatan.

<http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/15555/BAB%20II%20%28Tinjauan%20Pustaka%29.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Diakses pada tanggal 27/11/2018 jam 8.51

[https://www.academia.edu/31553379/STROKE\\_NON\\_HEMORAGIC](https://www.academia.edu/31553379/STROKE_NON_HEMORAGIC)

Diakses pada tanggal 4/12/2018 jam 9.28

<https://www.academia.edu/34693386/Intervensi>

Diakses pada tanggal 4/12/2018 jam 21.30

<https://www.scribd.com/document/335351145/PATHWAY-STROKE-NON-HEMORAGIK-doc>

Diakses pada tanggal 30/11/2018 jam 08.00

<http://www.p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/germas-cegah-stroke>

Diakses pada tanggal 10/11/2018 jam 21.00