

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE NON**  
**HEMORAGIKDI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE**  
**SAMARINDA**



**DISUSUN OLEH**

**NAMA : VIVI NOOR JANAH**

**NIM : P07220116036**

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

**2019**

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

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



**DISUSUN OLEH**

**NAMA : VIVI NOOR JANAH**

**NIM : P07220116036**

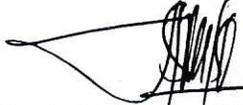
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**  
**TANGGAL 28 MEI 2019**

Oleh

Pembimbing



**Joko Sapto Pramono. S.Kp.,MPHM**

**NIDN : 4026116602**

Pembimbing Pendamping

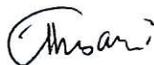


**Ns. Frana A. S. Kep., M. Kep**

**NIDN: 4012127901**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Kampus Samarinda  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



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

NIP: 19680329199402201

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Tuberculosis Paru di Ruang Seruni RSUD.Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Telah Diuji  
Pada tanggal 28 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

**Ismansyah, S.Kp., M.Kep**

NIDN. 4018126802

Penguji Anggota:

1. **Joko Sapto P., S.Kp., MPH**  
NIDN. 4026116602

2. **Ns. Frana A., S.Kep., M.Kep**  
NIDN. 4012127901

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

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

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur,

  
**Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep**  
NIP. 19680329199402201

## RIWAYAT HIDUP



### 1. Identitas

Nama : Vivi Noor Janah  
Tempat Tanggal Lahir : Samarinda, 11 September 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jln.cipto mangokusumo, harapan baru RT.39  
Samarinda Seberang

### 2. Pendidikan

- a. Tamat Taman kanak-kanak Tunas Harapan Samarinda Seberang 2004
- b. Tamat Sekolah Dasar Negeri 010 Samarinda Seberang 2010
- c. Tamat Sekolah Menengah Pertama 018 Samarinda Seberang 2013
- d. Tamat Sekolah Menengah Kejuruan Farmasi Samarinda Seberang 2016
- e. Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan samarinda Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur 2016-2019

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di RSUD Abdul Wahab sjafranie Samarinda. Sebagai salah satu untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan dari Jurusan Keperawatan Politeknik Kemenkes Kaltim.

Dalam penyusunan ini karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, nama berkat bimbingan, pengarahan, dan batuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karna itu, dengan kerendahan hari penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. H.Supriadi B, S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi kalsum, S.Pd.,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arning G, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Joko Sapto Pramono,S.Kp.MPHM, selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Frana Andrianur. S.Kep.,M.Kep selaku dosen pendamping yang telah memberikan bimbingan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Para Dosn dan Seluruh Staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan

Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kalimantan Timur Samarinda.

7. Ayahanda Bahruddin dan Ibunda Rusdiana atas segala Doa, Kasih Sayang, Perhatian yang telah diberikan dukungan, maupun bantuan Finansial untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan membantu membiayakan Kuliah saya.
8. Teman- teman tingkat D-III A maupun B yang telah memberikan semangat dan motivasi terbaiknya bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Untuk “Bubuhan Beleng Squad” yang telah menemani saya selama perkuliahan, seperti saudara sendiri, selalu memberikan saya semangat dan motivasi dalam menyusun karya tulis ilmiah, semoga sukses bersama, semoga terwujud buka home care bersama.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu

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

Samarinda, Kalimantan Timur  
23 Mei 2019

penulis

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIKDI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Vivi Noor Janah<sup>1)</sup>, Joko Sapto Pramono<sup>2)</sup>, Frana Andrianur<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Mahasiswa prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2)&3)</sup>Dosen Jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Pendahuluan :**Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan di peredaran darah diotak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Fransisca, 2012).

**Metode:** penelitian ini menggunakan metode penelitian secara komprehensif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan sampel yang didapatkan sebanyak 2 responden, dilakukan di ruang stroke center.

**Hasil dan Pembahasan:**setelah dilakukan asuhan keperawatan pada kedua pasien dengan diagnosa resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif ini dibuktikan dengan tingkat kesadaran dari kedua pasien menurun,tanda-tanda vital yang belum stabil,masalah ini belum teratasi, gangguan mobilitas fisik di kedua pasien terjadi dibuktikan dengan kelemahan di anggota gerak,masalah ini belum teratasi, pola nafas tidak efektif dan bersihan jalan nafas tidak efektif ini terjadi pada 1 pasien di buktikan dengan adanya suara nafas yang abnormal dan terdapat sekret,masalah ini belum teratasi, risiko luka tekan ini tidak terjadi dibuktikan tidak ada luka dekubitus, risiko jatuh pada kedua pasien tidak terjadi terbukti dari pagar pengaman bed selalu terpasang, kemudian terdapat tanda pada gelang identitas pasien jika pasien beresiko jatuh. Defisit perawatan diri pada kedua pasien belum teratasi dibuktikan dengan ADLs pasien masih di bantu oleh perawat dan keluarga. Defisit pengetahuan pada kedua keluarga pasien teratasi dibuktikan dari keluarga memahami yang disampaikan perawat dan melakukan sesuai intruksi perawat.

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

**Kata Kunci:** asuhan keperawatan, stroke non hemoragik, resiko perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan

## DAFTAR ISI

	halaman
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat .....	ii
Halaman Pernyataan .....	iii
Halaman Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Halaman Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi .....	vii
Daftar tabel.....	viii
Daftar lampiran .....	ix
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Bagi peneliti.....	5
1.4.2 Bagi tempat penelitian .....	5
1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan .....	5
 <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Medis .....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Klasifikasi .....	7
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	10
2.1.5 Patway.....	13

2.1.6 pemeriksaan penunjang.....	14
2.1.7 komplikasi.....	15
2.2. Asuhan Keperawatan .....	16
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	16
2.2.2 Diagnosa Keperawatan dan intervensi .....	17
2.2.3 Pelaksanaan Keperawatan.....	22
2.2.4 Evaluasi Keperawatan.....	22

### **BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian).....	23
3.2 Subyek Penelitian.....	23
3.3 Batasan istilah (Definisi operasional) .....	24
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	25
3.5 Prosedur Penelitian .....	25
3.6 Teknik dan instrumen pengumpulan data .....	26
3.7 Uji Keabsahan Data.....	27
3.8 Analisis Data.....	28

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

4.1 Hasil studi kasus.....	29
4.1.1 gambaran lokasi penelitian .....	29
4.1.2 data asuhan keperawatan .....	30
4.1.2.1 pengkajian .....	30
4.1.2.2 analisa data .....	40
4.1.2.3 diagnosa keperawatan.....	50
4.1.2.4 intervensi keperawatan .....	51
4.1.2.5 implementasi keperawatan .....	56
4.1.2.6 evaluasi keperawatan.....	70
4.2 evaluasi keperawatan .....	101
4.2.1 pembahasan.....	101

4.2.1.1 resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi .....	101
4.2.1.2 gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot .....	103
4.2.1.3 pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi .....	104
4.2.1.4 bersihan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas .....	106
4.2.1.5 risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas .....	107
4.2.1.6 risiko jatuh (D0143) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran .....	109
4.2.1.7 defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik .....	110
4.2.1.8 defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi .....	111

## **BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	114
5.2 Saran.....	116

### **DAFTAR PUSAKA**

### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

Lampiran 1

Lampiran 2

Lampiran 3

Lampiran 4

Lampiran 5

Lampiran 6

Lampiran 7

Lampiran 8

## DAFTAR SKEMA

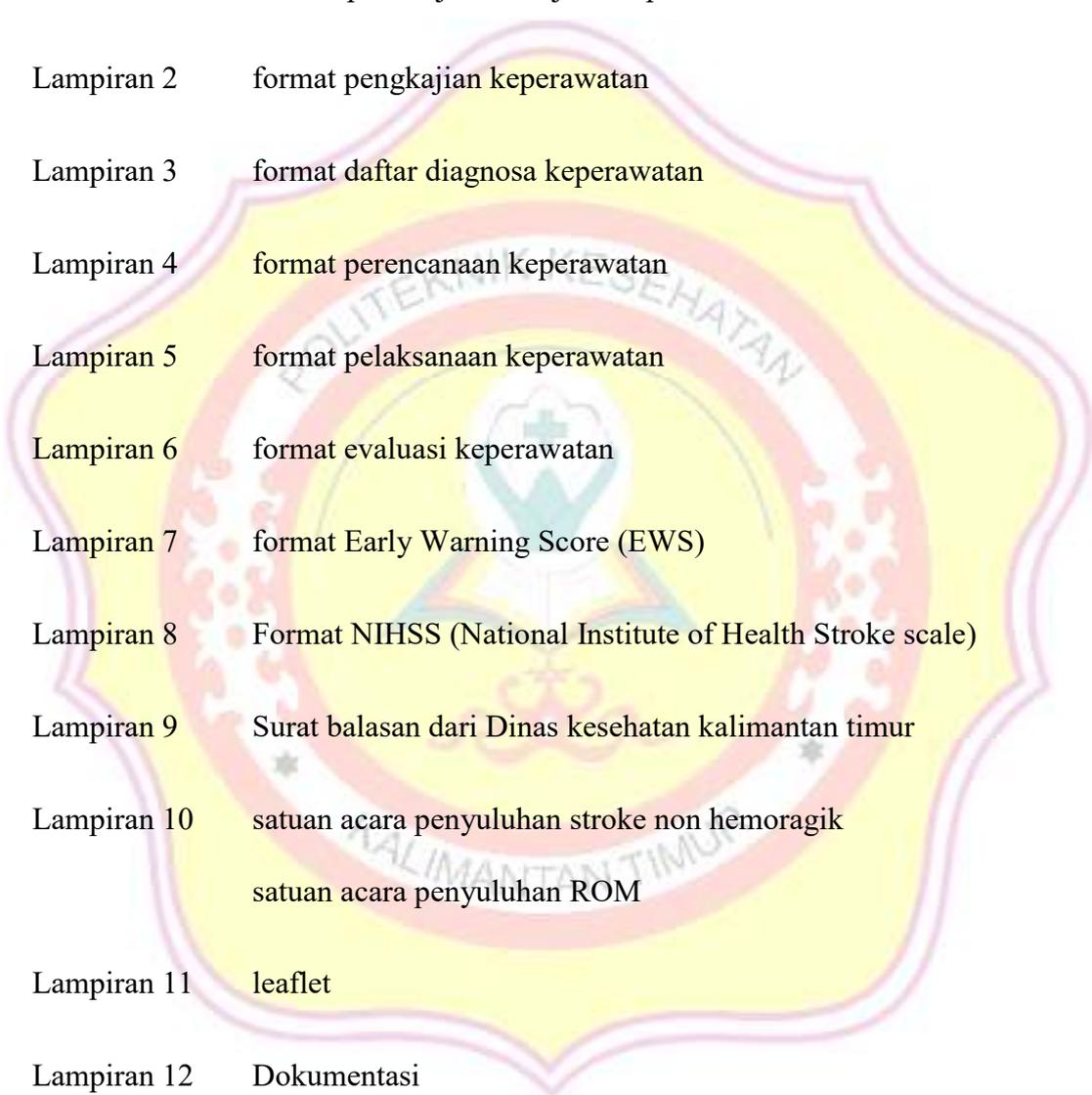
2.1 Patway stroke .....	11
-------------------------	----



## DAFTAR TABEL

2.1 tabel Perbedaan Stroke hemoragik dan Stroke Non-Hemoragik .....	10
2.2 Tabel diagnosa keperawatan .....	21
4.1 pengkajian dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019 .....	30
4.2 analisa data dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019 .....	40
4.3 <b>Dianosa keperawatan</b> dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019.....	50
4.4 <b>Intervensi Keperawatan</b> dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019.....	51
4.5 <b>Implementasi klien I Tn.M</b> dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019.....	56
4.6 <b>Implementasi klien II</b> dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019.....	64
4.7 <b>evaluasi asuhan keperawatan klien I</b> dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019 .....	70
4.8 <b>evaluasi asuhan keperawatan klien II</b> dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019 .....	87

## DAFTAR LAMPIRAN

- 
- Lampiran 1 lembar permohonan menjadi responden  
lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 2 format pengkajian keperawatan
- Lampiran 3 format daftar diagnosa keperawatan
- Lampiran 4 format perencanaan keperawatan
- Lampiran 5 format pelaksanaan keperawatan
- Lampiran 6 format evaluasi keperawatan
- Lampiran 7 format Early Warning Score (EWS)
- Lampiran 8 Format NIHSS (National Institute of Health Stroke scale)
- Lampiran 9 Surat balasan dari Dinas kesehatan kalimantan timur
- Lampiran 10 satuan acara penyuluhan stroke non hemoragik  
satuan acara penyuluhan ROM
- Lampiran 11 leaflet
- Lampiran 12 Dokumentasi

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat saat ini. Stroke semakin menjadi masalah serius yang dihadapi hampir diseluruh dunia. Hal tersebut dikarenakan stroke yang menyerang secara mendadak dapat mengakibatkan kematian, kekacauan fisik dan mental baik pada usia produktif maupun lanjut usia. Banyaknya jumlah penderita yang terus meningkat, seseorang yang menderita stroke paling banyak disebabkan oleh karena individual yang memiliki perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan tinggi lemak, tinggi kolestrol, kurang aktivitas fisik dan kurang olahraga yang dapat memicu terjadinya stroke (Junaidi, 2011)

Stroke merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian di seluruh dunia. Laporan *World Health Organisation* (WHO) tahun 2012 menyatakan bahwa angka kematian dingakibatkan stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa (Kemenkes RI, 2017).

Kejadian terbanyak dari permasalahan penyakit stroke merupakan penyebab kematian utama di hampir seluruh RS di Indonesia, sekitar 15,6 %, hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskendas) Kemenkes RI tahun 2013 menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi Stroke di Indonesia dari 8,3 per mil (tahun 2007) menjadi

12,1 per mil (tahun 2012) prevalensi penyakit stroke tertinggi di Sulawesi Utara (10,8 per mil), Yogyakarta (10,3 per mil), Bangka Belitung (9,7 per mil) dan DKI Jakarta (9,7 per mil) ( Kemenkes, 2013).

Prevalensi stroke di Kalimantan Timur adalah 6,9 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten/ kota prevalensi stroke berkisar antara 0-15,2 %, dan Kutai Barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibanding wilayah lainnya. Baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Menurut karakteristik responden Kalimantan Timur, terlihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden, pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak tidak ada perbedaan yang berarti.( kemenkes 2013)

Jumlah rata- rata pasien di unit stroke di RSUD Abdul wahab syahrani pada tahun 2016 berkisar antara 40-50 per-bulan yang berfluktuasi. Tendensi peningkatan tiap bulan dan *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang berkisar 80%. kasus pasien stroke yang dirawat, faktor risiko terbanyak adalah hipertensi, diabetes mellitus. (kaltim post, XIII:2017,Samarinda,Arie Ibrahim)

Stroke mengakibatkan beberapa masalah muncul, seperti gangguan menelan, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, defisit nutrisi, dan salah satunya yang menjadi masalah yang menyebabkan kematian adalah gangguan perfusi jaringan cerebral (Amir Huda, 2015)

Pada masalah mobilitas fisik yang terjadi pada pasien stroke dapat dilakukan latihan fisik berupa latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM adalah latihan pergerakan maksimal yang dilakukan oleh sendi. Latihan ROM menjadi salah satu

bentuk latihan yang berfungsi dalam pemeliharaan fleksibilitas sendi dan kekuatan otot pada pasien stroke (Hermina *et al.*, 2016). Upaya yang dilakukan pada pasien stroke yang mengalami masalah gangguan motorik yaitu dengan memberikan terapi ROM untuk meningkatkan kemampuan pada otot agar tidak terjadi kelumpuhan atau hemiparase pada ekstremitas yang tidak diinginkan (Rhoad & Meeker, 2008)

Pada pasien stroke dengan defisit nutrisi masalah dengan ketidak mampuan menelan makanan, dampak dari masalah ini jika tidak mendapatkan pengobatan yang baik yaitu rentan terkena stres, konstipasi, penurunan berat badan, sehingga lebih lama dirawat dan memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi. Upaya yang dilakukan pada masalah defisit nutrisi yaitu perawatan nutrisi yang penting untuk meningkatkan pemulihan melalui pengaruh positif pada fungsi fisik dan mental dikarenakan hilangnya massa otot dan lemak pada pasien stroke, strategi gizi harus menyediakan suplemen gizi yang adekuat, fungsi menelan juga harus dinilai, dan dukungan keluarga untuk meningkatkan dukungan terhadap pasien (Bouziana & Tziomalos, 2011)

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke Non Hemoragik yang akan dilaksanakan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang yang tersebut diatas, maka penulis merumuskan masalah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie”

## **1.3 Tujuan Penulis**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Adapun tujuan umum dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memahami dan menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemeragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke mampu melakukan.

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan stroke

1.3.2.2 Mampu menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien stroke berdasarkan data-data yang diperoleh

1.3.2.3 Mampu menyusun perencanaan keperawatan dalam mengelola pasien stroke

Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien stroke.

1.3.2.4 Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien stroke

## **1.4 Manfaat Penulisan**

Manfaat yang diharapkan dari penyusunan karya Tulis Ilmiah ini adalah:

### **1.4.1 Bagi penulis**

Untuk menambahkan pengetahuan dan wawasan bagi penulis tentang asuhan keperawatan dengan masalah Stroke Non Hemoragik karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadikan salah satu cara penulis mengaplikasi ilmu yang diperoleh didalam perkuliahan.

### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat penulisan Karya Ilmiah ini sebagai masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambahkan wacana bagi mahasiswa dan sebagai bahan referensi untuk menambahkan wawasan bagi mahasiswa Diploma III Keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien penderita stroke non hemoragik.

### **1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai masukan untuk menambahkan bahan informasi, referensi dan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan asuhan keperawatan kepada masyarakat terutama dengan masalah stroke non hemoragik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis**

##### **2.1.1 Definisi**

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan di peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Fransisca, 2012).

Stroke adalah disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu (WHO, 2012).

Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik (non Hemoragik) dan hemoragik. Stroke iskemik (non Hemoragik) disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah /benda asing yang ada didalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam otak) ke bagian otak. Perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik. Jumlah stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kasus stroke. Sisanya sebesar 17% adalah stroke hemoragik (Joyce & Jane 2014).

## 2.1.2 Klasifikasi

### 2.1.2.1 Stroke Haemorrhagic (SH)

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan *subarachnoid*.

Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu.

Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun.

### 2.1.2.2 Stroke Non Haemorrhagic (SNH)

Dapat berupa *iskemia* atau *emboli* dan *thrombosis serebral*, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadiperdarahan namun terjadi *iskemia* yang menimbulkan *hipoksia* dan selanjutnyadapat timbul *edema sekunder* .

## 2.1.3 Etiologi

Menurut Fransisca (2012), Stroke dapat disebabkan karena factor-faktor berikut ini :

2.1.3.1 Penyumbatan pembuluh darah gumpalan darah (*thrombus* atau *embolus*).

2.1.3.2 Robek atau pecahnya pembuluh darah.

2.1.3.3 Adanya penyakit-penyakit pada pembuluh darah.

2.1.3.4 Adanya gangguan susunan komponen darah

2.1.3.5 Kurangnya suplai oksigen yang menuju ke otak

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke seperti usia, jenis kelamin, keturunan, dan fakrot yang dapat diubah seperti hpertensi, penyakit jantung, kolestrol

tinggi, obesitas, diabetes mellitus, polisitemia, merokok peminum alkohol, obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang.

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Jenis stroke yang berbeda bisa menyebabkan gejala yang sama karena masing-masing mempengaruhi aliran darah di otak. Satu-satunya cara untuk menentukan jenis stroke yang mungkin dihadapi adalah dengan mendapatkan pertolongan medis seperti dilakukan CT-Scan untuk membaca keadaan otak. National Stroke Association merekomendasikan metode FAST untuk membantu mengidentifikasi tanda dan gejala stroke

2.1.4.1 F (face/wajah) saat tersenyum, apakah satu sisi wajah turun kebawah (senyum mencong) / ada rasa baal disekitar mulut?

2.1.4.2 A (Arms/lengan) bila mengangkat kedua lengan, apakah satu lengan terkulai lemas jatuh kebawah?

2.1.4.3 S (speech/bicara) apakah ucapan tidak jelas, suara pelo/parau/cadel/sengau, apakah ada perubahan dari volume suara, apakah sulit untuk bicara.

2.1.4.4. T (Time/waktu) jika mengalami gejala ini segera pergi kerumah sakit terdekat, hal ini diperlukan agar dapat menerima perawatan diunit stroke rumah sakit dalam waktu 3 jam sejak kedatangan.

Gejala tambahan yang tidak sesuai dengan deskripsi FAST meliputi : kebingungan tiba-tiba, seperti kesulitan memahami apa yang seseorang

katakan, kesulitan berjalan, pusing tiba-tiba, atau kehilangan keseimbangan, sakit kepala mendadak dan parah yang tidak diketahui penyebabnya, mual dan muntah, kesulitan melihat dari salah satu atau kedua mata, penglihatan kabur, ganda atau kehilangan penglihatan, kesadaran menurun/ hilang kesadaran, sakit saat menggerakkan mata, kelemahan yang mungkin memengaruhi salah satu anggota gerak, setengah bagian dari tubuh, atau keempat anggota gerak (lengan dan kaki).

Gejala Klinis	Stroke Hemoragik		Stroke Non Hemoragik
	PIS	PSA	
Gejala defisit local	Berat	Ringan	Berat/Ringan
1. SIS sebelumnya	Amat Jarang	-	+/biasa.
2. Permulaan (onset)	Menit / jam	1-2 menit	Pelan (jam/hari).
3. Nyeri Kepala	Hebat	Sangat hebat	Ringan/tidak ada.
4. Muntah pd awalnya	Sering	Sering	Tidak, kecuali lesi di batang otak.
5. Hipertensi	Hampir selalu	Biasanya tidak	sering kali.
6. Kesadaran	Bisa hilang	Bisa hilang sebentar	Dapat hilang.
7. Kaku kudu	Jarang	Bisa ada pada permulaan	Tiak ada.
8. Hemiparesis	Sering sejak awal	Tidak ada	Sering diawal.
9. Deviasi mata	Bisa ada	Tidak ada	Mungkin ada.
10. Gangguan bicara	Sering	Jarang	Sering.

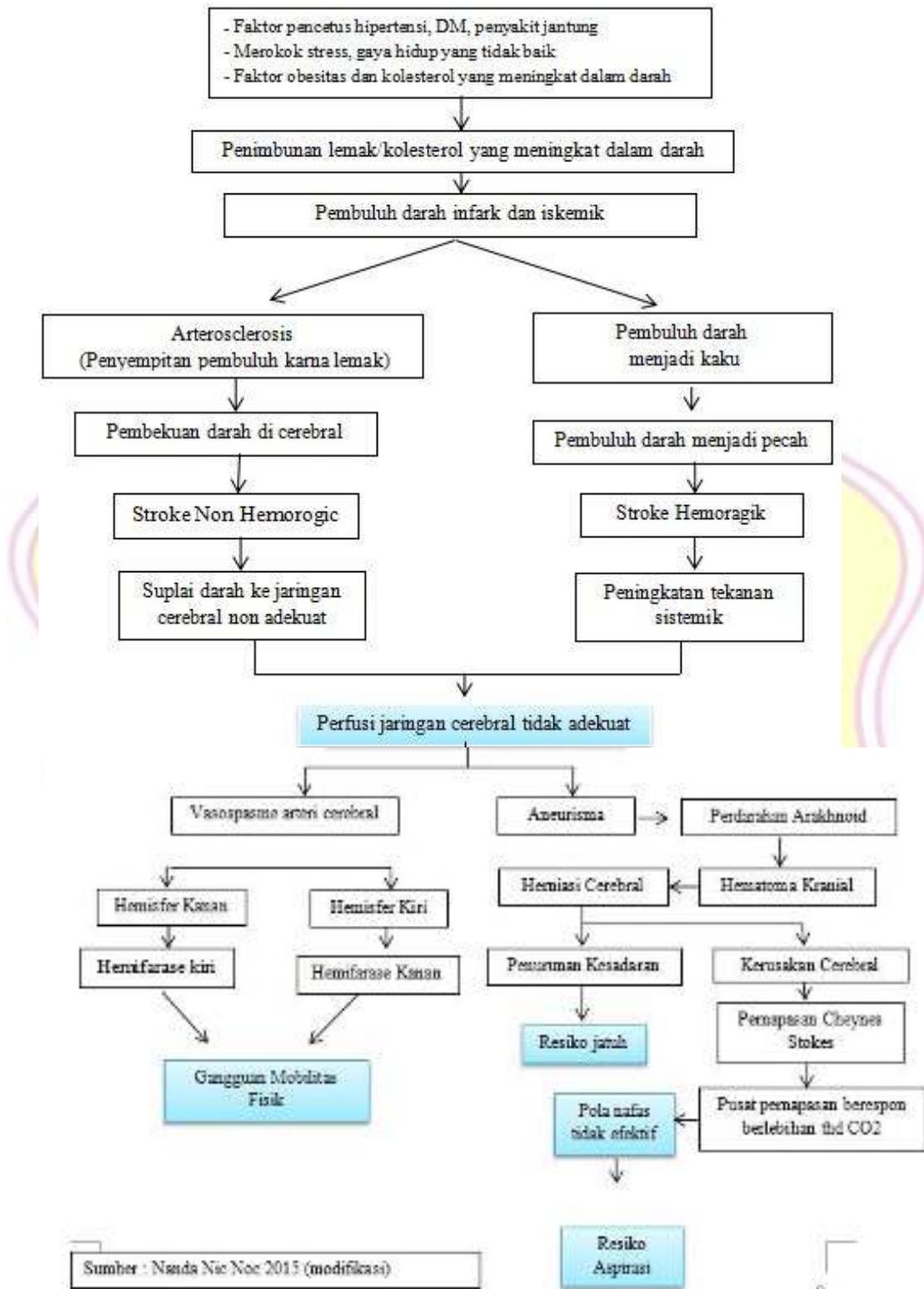
<b>11. Likuor</b>	Sering berdarah	Selalu berdarah	Jernih.
<b>12. Perdarahan subhialoid</b>	Tak ada	Bisa ada	Tidak ada.
<b>13. Paresis/ gangguan N11</b>	-	Mungkin (+)	-

Sumber: Neurologis Klinik dalam Praktek Klinik

### 2.1 tabel Perbedaan Stroke hemoragik dan Stroke Non-Hemoragik



## 2.1.5 Pathway



2.2 skema patofisiologi (patway)

## 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Stroke

Menurut Fransisca (2013), pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke sebagai berikut :

### 2.1.6.1 *Angiografi serebral*

membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahankan atau sumbatan *arteri*.

### 2.1.6.2 *Skan tomografi komputer (computer tomography scan-CT).*

Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, *emboli serebral*, dan tekanan *intrakranial* (TIK). peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan *subarakhnoid* dan perdarahan *intrakranial*. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus *trombosis* disertai proses inflamasi.

### 2.1.6.3 *Magnetic Resonance Imaging (MRI).*

menunjukkan daerah *infark*, *pendarahan*, *malformasi arteriovenosa (AVM)*

### 2.1.6.4 *Ultrasonografi doppler (USG doppler).*

mengidentifikasi penyakit *arteriovera* (masalah sistem *arteri karotis* [aliran darah atau timbulnya plak]) dan *arteriosklerosis*.

### 2.1.6.5 *Elektroensefalogram (Electroencephalogram-EEG).*

mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

### 2.1.6.6 Sinar tengkorak

menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan

dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada *trombosis serebral*; kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada pendarahan *subarakhnoid*

### **2.1.7 Komplikasi Stroke**

Menurut Satyanegara (2011) komplikasi berdasarkan waktu terjadinya stroke sebagai berikut :

#### **2.1.7.1 Dini (0-48 jam pertama)**

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

#### **2.1.7.2 Jangka Pendek (1-14)**

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

#### **2.1.7.3 Jangka panjang (>14hari)**

Stroke rekuren, Infark Miokard, Gangguan Vaskuler lain : penyakit vaskuler perifer

## **2.2 Asuhan Keperawatan pasien stroke**

### **2.2.1 pengkajian**

#### 2.2.1.1 identitas diri

Identitas nama klien, alamat, komposisi keluarga (nama, hubungan keluarga, tempat dan tanggal lahir, pendidikan, pekerjaan) tipe keluarga, suku/budaya yang dianut keluarga, agama, status sosial aktivitas keluarga.

#### 2.2.1.2 Anamnesa

Wawancara kepada pasien atau keluarga tentang masalah kesehatan seperti:

Perubahan sensasi, berupa ada atau tidak adanya perubahan atau disebut dengan gangguan sensori yaitu perubahan rasa kepekaan atau sensasi pada lansia.

Perubahan pergerakan, Adanya gangguan seperti kontraktur (atrofi otot, tendon mengecil, ketidakefektifan gerakan sendi), tingkat mobilisasi (ambulasi dengan atau tanpa bantuan peralatan, keterbatasan gerak, kekuatan otot berkurang), paralisis, kifosis.

Untuk pemeriksaan kekuatan otot (MMT / manual muscle test) adalah sebagai berikut :

- 0 : tidak ada kontraksi otot
- 1 : terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata
- 2 : pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki
- 3 : mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi
- 4 : Tidak mampu menahan tangan pemeriksa
- 5 : Kekuatan otot penuh

Defisit neurologis yang menandakan adanya edema atau pendarahan serebral. Akibat fungsi fisiologis system persyarafan mengalami penurunan yang mengakibatkan adanya edema dan perdarahan di serebral akibat dari stroke. Perubahan neurologis melalui pengkajian skala koma glasgow (GCS)

**Eye ( respon mata)**

- 4 : spontan membuka mata
- 3 : membuka dengan perintah
- 2 : membuka mata karena rangsangan nyeri
- 1 : tidak mampu membuka mata

**Verbal (respon verbal)**

- 5 : mampu berbicara normal dan sadar terhadap lingkungan sekitarnya.
- 4 : cara bicara yang tidak jelas atau diulang-ulang, serta mengalami disorientasi atau tidak mengenali lingkungannya.
- 3 : mampu berbicara tapi tidak dapat berkomunikasi
- 2 : bersuara namun tidak berkata-kata atau hanya mengerang saja.
- 1 : tidak bersuara sama sekali

**Motorik (gerakan tubuh)**

- 6 : dapat mengikuti semua perintah yang diinstruksikan.
- 5 : dapat menjangkau atau menjauhkan stimulus ketika diberikan rangsangan nyeri.
- 4 : dapat menghindari atau menarik tubuh menjauhi stimulus ketika diberi rangsangan nyeri.

3 : satu atau kedua tangan menekuk (abnormal flexion) ketika diberikan rangsangan nyeri.

2 : satu atau kedua tangan melurus (abnormal extension) ketika diberikan rasa nyeri.

1 : tidak ada respons sama sekali.

Hemiplegia, aktivitas Kemampuan klien dalam beraktivitas dan ada atau tidak hemiparase pada ekstremitas atas atau bawah.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi**

diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan dan resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah.

Rumusan diagnosa keperawatan :

2.2.2.1 Actual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.

2.2.2.2 Resiko : menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.

2.2.2.3 kemungkinan : menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan,

2.2.2.4 Wellness : keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dan tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi.

2.2.2.5 Syndrom : diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan actual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul/timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

No	Diagnosa	Noc	Nic
1.	gangguan mobilitas fisik b.d hemiparasis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, spatistas dan cedera otak (D0054).	setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x 8 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil berikut: 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilitasi 4. Memverbalisasi	1. 1 Ukur tekanan darah sebelum melakukan dan sesudah melakukan latihan dan lihat respon pasien saat latihan 1.2 Bantu klien untuk menggunakan tongkat sesaat berjalan dan cegah terjadinya cedera 1.3 Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 1.4 Latih klien dalam pemenuan ADLS 1.5 Latih klien dalam

		perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan.	pemenuan ADLS 1.6 Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi ADLS
2	Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral b.d aliran darah ke otak terhambat (D0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan suplai aliran darah ke otak lancar dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan systole dan diastole dalam rentang normal 2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan - berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan -menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi	2.1 monitor tekanan perfusi cerebral 2.2 Monitor intake dan output cairan 2.3 Posisikan pasien pada posisi semi fowler 2.4 Bersihkan jalan nafas dari sekret 2.5 Pertahanka jalan naafas tetap efektif 2.6 Berikan oksigen sesuai intruksi

		<p>3. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan involunter</p>	
3	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot facial/ oral (D0119)</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keprawatan selama 3x8 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengolahan informasi klien mampu untuk memperoleh, mengatur dan menggunakan informasi</li> <li>2. Komunikasi ekspresif (kesulitan bicara) ekspresi verbal atau non verbal yang bermakna</li> </ol>	<p>3.1 berdiri atau duduk berdahapan dengan pasien jika ketika berbicara</p> <p>3.2 Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah</p> <p>3.3 latihan reflek muntah</p>

4	<p>gangguan menelan b.d</p> <p>penurunan fungsi nervus vagus atau hilangnya refluks muntah. (D0063)</p>	<p>setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat mempertahankan makanan dalam mulut</li> <li>2. Kemampuan menelan adekuat</li> <li>3. Kemampuan mengosobgkan rongga mulut</li> </ol>	<p>4.1 Memantau tingkat kesadaran, refleks batuk, muntah dan kemampuan menelan</p> <p>4.2 Menyupakan makan dalam bentuk jumlah kecil</p>
5	<p>ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglosus (D0019)</p>	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan</li> <li>2. BB ideal sesuai</li> </ol>	<p>5.1 berikan makanan yang terpilih</p> <p>5.2 Berikan infomasi tentang kebutuhan nutrisi</p>

		tingkat badan	
		3. Tidak terjadi	
		penurunan BB yang	
		berarti	

2.2 Tabel diagnosa keperawatan

### 2.2.3 Implementasi

Implementasi inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional.

Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan :independen, dependen dan interdependen.

Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

#### **2.2.4 Evaluasi**

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan, keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/ rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut : proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria/rencana yang telah disusun, dan hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan dalam rencana evaluasi. Hasil evaluasi tiga kemungkinan hasil evaluasi yaitu : tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/ kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan ini tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru, dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan dan faktor-faktor lain tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

## **BAB III**

### **METODE PENULISAN**

#### **3.1 Pendekatan**

Penulisan ini merupakan penulisan deskriptif dengan menggunakan rancangan studi kasus. Studi kasus adalah penulisan yang dilakukan dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. pada penulisan ini untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

#### **3.2 subjek studi kasus**

Subjek yang dilakukan dalam penulisan ini adalah dua orang dengan diagnosa medis stroke non hemoragik diruangan RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

##### **3.2.1 kriteria inklusi**

3.2.1.1 berusia 30-75 tahun

3.2.1.2 bersedia menjadi responden

3.2.1.3 pasien stroke yang memerlukan asuhan keperawatan

3.2.2 kriteria eksklusi :

3.2.2.1 Pasien atau keluarga penderita stroke tidak setuju sebagai peserta penelitian.

3.2.2.2 Pasien atau keluarga yang mengundurkan diri pada saat meneliti berlangsung.

3.2.2.3 Pasien stoke hemoragik

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

3.3.1 Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung pada klien. Asuhan keperawatan dilaksanakan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi tahap : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi (Nursalam,2014).

3.3.2 Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik (non Hemoragik) disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya

gumpalan darah /benda asing yang ada didalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam otak) ke bagian otak (Fransisca, 2012)

### 3.3.3 Pasien Stroke Non hemoragik

Pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik datang dan di rawat RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Membutuhkan asuhan keperawatan. Studi kasus asuhan keperawatan di lakukan dengan dua pasien.

## 3.4 lokasi dan waktu studi kasus

### 3.4.1 Waktu

Waktu penelitian ditargetkan dilaksanakan dibulan April 2019. Asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dilaksanakan selama 3-6 hari

### 3.4.2 Tempat

Penelitian ini dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di “ Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

## 3.5 prosedur studi kasus

Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data pada studi kasus ini adalah sebagai berikut :

### 3.5.1 Penyusunan proposal studi kasus

### 3.5.2 Proposal disetujui oleh pembimbing

3.5.3 meminta izin untuk mengumpulkan data yang metode studi kasus melalui surat izin pelaksanaan studi kasus kepada pihak RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

3.5.4 Mencari dua pasien dengan studi kasus yang sama dan memberikan informasi singkat tentang tujuan dan manfaat studi kasus kepada klien di ikut sertaannya dalam studi kasus ini, dibagikan lembar persetujuan (informed consent) untuk di tanda tangani.

3.5.5 Meminta keluarga responden yang setuju berpartisipasi dalam pelaksanaan karya tulis ilmiah tersebut.

3.5.6 Melakukan pemeriksaan fisik, merumuskan diagnosa, menentukan intervensi, implementasi, evaluasi dan dokumentasi pada klien dengan stroke

### **3.6 Teknik dan Instrumen pengumpulan Data**

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

teknik pengumpulan data dari wawancara terdiri dari :menanyakan identitas klien, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat penyaki sekarang, dahulu , dan riwayat keluarga, menanyakan informasi tentang klien pada keluarga

##### 3.6.1.1 Obsevasi / memonitor

##### 3.6.1.2 Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, aulkultasi)

##### 3.6.1.3 Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

### 3.6.2 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus stroke. studi kasus ini menggunakan pendekatan menggunakan teknik pengumpulan data yaitu melalui teknik pertama, wawancara dengan melakukan tanya jawab dengan klien atau keluarga untuk memperoleh data dan informasi tentang keadaan dan kesehatan keluarga. Teknik kedua dengan teknik observasi memeriksa keadaan fisik klien dengan pendekatan IPPA :inpeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

## 3.7 Keabsahan Data

### 3.7.1 Data primer

Keabsahan dilakukan dengan pengambilan data primer yakni dari sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya yang berupa dari individu klien maupun observasi dari suatu objek dan kejadian dengan klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya

### 3.7.2 Data sekunder

Sumber data penelitian yang diperoleh melalui media perantara atau secara tidak langsung seperti data kerabat atau keluarga klien.

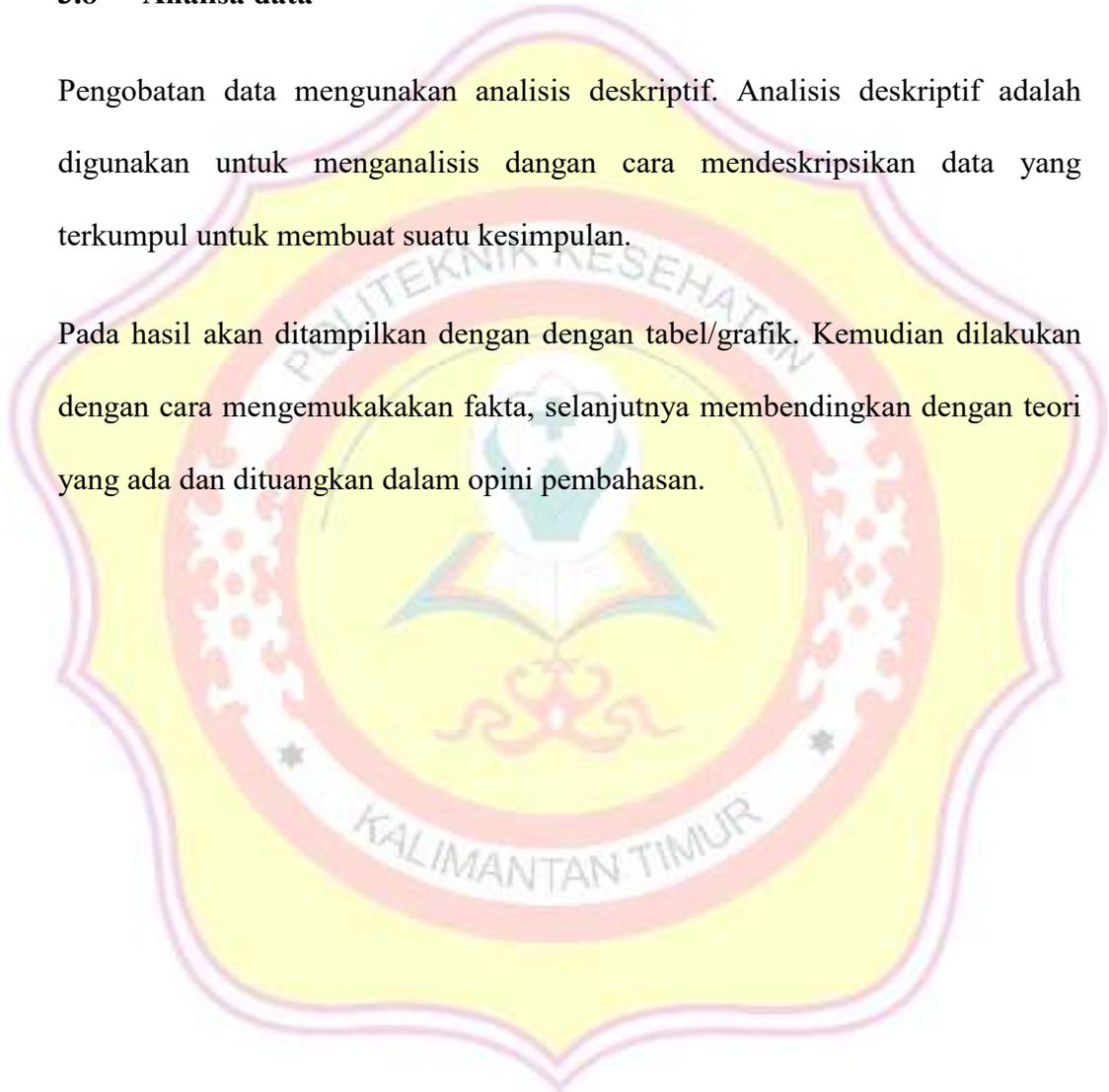
### 3.7.3 Data Tersier

Diperoleh dari catatan keperawatan klien atau rekam medis klien yang merupakan riwayat atau perawatan klien dimasa lalu.

### 3.8 Analisa data

Pengobatan data menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif adalah digunakan untuk menganalisis dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan.

Pada hasil akan ditampilkan dengan dengan tabel/grafik. Kemudian dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan.



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

##### **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 di ruang stroke center yaitu ruang rawat inap bagi pasien yang diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik. Kasus penyakit yang terdapat diruang stroke center meliputi diantaranya pasien dengan penyakit stroke iskemik dan stroke hemoragik

## 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

### 4.1.2.1 Pengkajian

**Tabel 4.1 Pengkajian** dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
1.	Nama Pasien	Tn.M	Tn.j
2.	Tanggal Lahir	7-7-1970 Usia 49 tahun	15-9-1957 Usia 62 tahun
3.	Suku/Bangsa	Banjar /Indonesia	Jawa /Indonesia
4.	Agama	Islam	Islam
5.	Pendidikan	SLTA/SMA	SMA
6.	Pekerjaan	Supir	Pensiunan TNI
7.	Alamat	Jalan Teluk Kedondong Desa Bayur Sempaja Utara	Jalan Rejo Makmur, Kutai Kartanegara
8.	Diagnosa Medis	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik
9.	Sumber Informasi	Klien dan keluarga	Klien dan keluarga
10.	No. Register	73.86.xx	01.05.xx.xx
11.	Tanggal Pengkajian	8 April 2019	8 April 2019
12.	Keluhan Utama	Kelemahan anggota gerak	Kelemahan anggota gerak + bicara pelo
13.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pada saat pengkajian keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan anggota gerak atas sebelumnya dan klien mengatakan kepada istrinya bahwa dirinya sakit kepala pada tanggal 2 april 2019 Kemudian setelah bangun tidur keluarga mengatakan klien sempat terjatuh pada saat mau ke kamar mandi pada jam 03.00 pagi lalu dibawa kerumah sakit perlahan lahan klien mengalami penurunan kesadaran pada tanggal 3 April 2019, pada saat pengkajian dengan data objektif pasien tingkat kesadaran sopor, terpasang oksigen NRM 12 lpm, suara nafas rohnki basah, RR:36x/m	Pada saat pengkajian keluarga mengatakan pada saat bangun tidur klien tiba-tiba bicaranya tidak jelas (pelo) mulut samping agak turun ke bawah, mengalami kelemahan anggota gerak atas dan mengeluh sakit kepala, ketika di bawa kerumah sakit perlahan bicara klien menjadi tidak jelas (mengerang) , di ajak bicara hanya mengerang, pada saat dikaji tingkat kesadaran pasien apatis.
14.	Riwayat Penyakit	Pasien pernah dirawat dengan	Pasien pernah dirawat ± 2

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	Dahulu	penyakit yang sama yaitu stroke sebanyak 2 kali terakhir pada bulan Desember 2019, riwayat kontrolnya ke puskesmas untuk mengecek tekanan darah dan jika obat antihipertensi habis lalu klien ke puskesmas, riwayat penggunaan obat antihipertensi dengan dosis 1 kali sehari, tidak ada riwayat elergi dan operasi	bulan yang lalu dengan diagnosa hipertensi, tidak ada riwayat kontrol dan penggunaan obat, tidak ada riwayat elergi dan operasi
15.	Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga mengatakan ada riwayat penyakit hipertensi dalam keluarganya (ibu dari klien)	Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga dalam keluarganya
16.	Genogram Pasien I	<p>Genogram Pasien I: A three-generation family tree. Generation I consists of a male (square) and a female (circle). Generation II has four children: a male, a female, a female, and a female. Generation III has three children: a male, a male, and a male. A blue arrow points to the first male in Generation II.</p>	<p>Genogram Pasien II: A three-generation family tree. Generation I consists of a male and a female. Generation II has six children: a male, a male, a male, a male, a female, and a female. Generation III has three children: a male, a male, and a male. A blue arrow points to the first male in Generation II.</p>
17.	Keadaan Umum	Sedang	Sedang
18.	Kesadaran	Sopor E <sub>3</sub> M <sub>2</sub> V <sub>1</sub>	Apatis E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>2</sub>
19.	Tanda – Tanda Vital	TD :150/100 mmHg Nadi :112 kali/menit RR : 36 kali/menit Temp : 36.5 °C	TD :140/90 mmHg Nadi : 100 kali/menit RR : 17 kali/menit Temp : 36.1°C
20.	Kenyamanan/nyeri	Tidak ada keluhan nyeri	Tidak ada keluhan nyeri
20.	Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 2 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.	Total skor 5 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.
21.	Pemeriksaan Kepala	<b>Kepala :</b>	<b>Kepala :</b>

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<p>Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan tidak ada kelainan.</p> <p><b>Mata :</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p><b>Hidung :</b> Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Warna bibir gelap, lidah warna merah muda, mukosa kering, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>	<p>Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p><b>Mata :</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p><b>Hidung :</b> Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Warna bibir gelap, lidah warna merah muda, mukosa kering, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>
22.	Pemeriksaan Thorax :Sistem Pernafasan	<p><b>Keluhan :</b> Pasien mempunyai keluhan sesak nafas, batuk produktif terdapat sekret</p> <p><b>Inspeksi :</b> Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur,pola pernafasan bradipnea, pernafasan cuping hidung ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien menggunakan alat bantu nafas non rebreathing mask dengan flow 12 lpm</p> <p><b>Palpasi :</b> Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris,</p>	<p><b>Keluhan :</b> Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p><b>Inspeksi :</b> Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 19 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p><b>Palpasi :</b> Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris,</p>

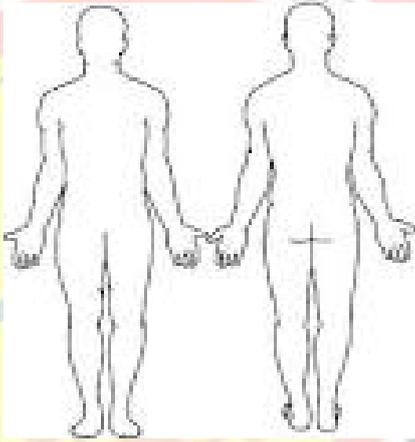
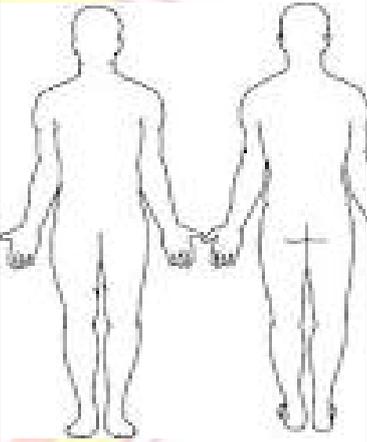
No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<p>pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan <b>Perkusi :</b> Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra <b>Auskultasi :</b> Suara nafas ronki basah</p>	<p>pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan <b>Perkusi :</b> Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra <b>Auskultasi :</b> Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan</p>
23.	Pemeriksaan Jantung	<p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT &lt; 2 detik - Tidak ada sianosis c. Palpasi - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat d. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan</p>	<p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT &lt; 2 detik - Tidak ada sianosis c. Palpasi - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat d. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas</p>

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
			kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan -
24.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	a. BB : 70 Kg b. TB : 169 Cm c. IMT : 24,5 d. Tidak terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir. e. Asupan makan berkurang f. BAB - 1 hari sekali - Konsistensi lunak g. Diet - Jenis diet susu cair 250 cc - Frekuensi makan 6 kali sehari - Nafsu makan baik - Porsi makan habis h. Abdomen Inspeksi - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain Auskultasi - Peristaltik 9 kali/menit Palpasi - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien Perkusi - Shifting Dullness (-) - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal	a. BB : 68 Kg b. TB : 158 Cm c. IMT : 27,2 d. Tidak terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir e. Asupan makan tidak berkurang f. BAB - 1 kali sehari - Konsistensi lunak g. Diet - Jenis diet susu cair 250 cc - Frekuensi makan 6 kali sehari - Nafsu makan baik - Porsi makan habis h. Abdomen Inspeksi - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain Auskultasi - Peristaltik 11 kali/menit Palpasi - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
			pembesaran pada hepar dan lien Perkusi - Shifting Dullness (-) - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal
25.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	a. Memori : (tidak dilakukan pengkajian) b. Perhatian: (tidak dilakukan pengkajian) c. Bahasa : tidak mampu berbicara d. Kognisi : tidak baik e. Orientasi : (tidak dilakukan pengkajian) f. Refleks Fisiologis - Patella : 1 (Hipoaktif) - Achilles : 2 (Normal) - Bisep : 2 (Normal) - Trisep : 2 (Normal) - Brankioradialis : 0 (tidak ada reflek) g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial - N1 : tidak Normal (Pasien tidak mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkoho) - N2 : tidak Normal (tidak dilakukan) - N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) - N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah ) - N5 : Tidak Normal (Pasien tidak mampu mengunyah ) - N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan	a. Memori : Panjang b. Perhatian : Dapat mengulang c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia ) d. Kognisi : Baik e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu) f. Refleks Fisiologis - Patella : 1 (Hipoaktif) - Achilles : 2 (Normal) - Bisep : 2 (Normal) - Trisep : 2 (Normal) - Brankioradialis : 2 (Normal) g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur 6 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial - N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) - N2 : tidak Normal (tidak dilakukan pengkajian) - N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) - N4 : Normal (Pasien

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		mata kesamping ) - N7 : tidak Normal (tidak dilakukan ) - N8 : tidak Normal (Pasien tidak mampu membalas ketika memanggil namanya) - N9 : tidak Normal (tidak dilakukan pengkajian) - N10 : tidak Normal (Pasien tidak mampu menelan) - N11 : tidak Normal (Pasien tidak mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) - N12 : tidak Normal (Pasien tidak mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah)	mampu menggerakkan bola mata kebawah ) - N5 : tidak Normal (Pasien mampu mengunyah ) - N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping ) - N7 : tidak Normal (Pasien tidak mampu berbicara dengan jelas tumpah mulut sampingnya terturun kebawah ) - N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik terkadang membalas ketiga di panggil perawat) - N9 : tidak Normal (Pasien tidak mampu menjelaskan rasa ) - N10 : tidak Normal (Pasien tidak mampu menelan) - N11 : tidak Normal (Pasien tidak mampu menggerakkan bahu dan lemah melawan tekanan) - N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah)
26.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu - Jenis : <i>Folley Chateter</i>	a. Kebersihan : Bersih - Kemampuan berkemih : Spontan - Produksi urine

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II		
		- Ukuran : 16 - Hari ke -7 - Produksi urine 2000ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	2400ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine b. Tidak ada distensi kandung kemih c. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih		
27.	<b>Balance Cairan Pasien I</b>				
	<b>Intake</b>	8/4/19	9/4/19	10/4/19	11/4/19
	Minum peroral	--	--	--	--
	Cairan	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml
	Infus	40 ml	40 ml	40 ml	40 ml
	Obat IV	1200 ml	1200 ml	1200 ml	1200 ml
	NGT	--	--	--	--
	Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	--	--	--	--
	<b>TOTAL</b>	<b>2,740</b>	<b>2,740</b>	<b>2,740</b>	<b>2,740</b>
	<b>Balance Cairan Pasien II</b>				
<b>Intake</b>	8/4/19	9/4/19	10/4/19	11/4/19	
Minum peroral	--	--	--	--	
Cairan	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml	
Infus	36 ml	36 ml	36 ml	36 ml	
Obat IV	1200 ml	1200 ml	1200 ml	1200 ml	
NGT	--	--	--	--	
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	--	--	--	--	
<b>TOTAL</b>	<b>2,736</b>	<b>2,736</b>	<b>2,736</b>	<b>2,736</b>	
<b>Output</b>					
<b>Output</b>	8/4/19	9/4/19	10/4/19	11/4/19	
Urine	2000 ml	2100 ml	2000 ml	2200 ml	
IWL	43.75 ml	43.75 ml	43.75 ml	43.75 ml	
Feces (1x = 200 ml/hari)	100 ml	200 ml	150 ml	200 ml	
<b>Total</b>	<b>1856,3 ml</b>	<b>2.054,3 ml</b>	<b>1.806,3 ml</b>	<b>1.956,3 ml</b>	
a. Balance Cairan tgl 8 April 2019 $2,740 - 1856,3 = 883,7$ b. Balance Cairan tgl 9 April 2019 $2,740 - 2.054,3 = 685,7$ c. Balance Cairan tgl 10 April 2019 $2,740 - 1.806,3 = 933,7$ d. Balance Cairan tgl 11 April 2019 $2,740 - 1.956,3 = 783,7$					
<b>Output</b>					
<b>Output</b>	8/4/19	9/4/19	10/4/19	11/4/19	
Urine	2200 ml	2100 ml	2150 ml	2000 ml	
IWL	42.5 ml	42.5 ml	42.5 ml	42.5 ml	
Feces (1x = 200 ml/hari)	250 ml	200 ml	100 ml	200 ml	
<b>Total</b>	<b>2492,5 ml</b>	<b>2.342,5 ml</b>	<b>2.292,5 ml</b>	<b>2.242,5 ml</b>	
a. Balance Cairan tgl 8 April 2019 $2,736 - 2.492,5 = 243,5$ b. Balance Cairan tgl 9 April 2019 $2,736 - 2.342,5 = 393,5$ c. Balance Cairan tgl 10 April 2019 $2,736 - 2.292,5 = 441,5$ d. Balance Cairan tgl 11 April 2019 $2,736 - 2.242,5 = 493,5$					

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
28.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>a. Pergerakan sendi bebas</p> <p>b. Kekuatan otot</p> $\frac{2}{2} \mid \frac{2}{2}$ <p>c. Tidak ada kelainan ekstremitas</p> <p>d. Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>e. Tidak ada fraktur</p> <p>f. tidak terpasang traksi</p> <p>g. Kulit berwarna kuning langsung</p> <p>h. Turgor kulit baik</p> <p>i. Tidak Terdapat Luka</p>  <p>Lokasi : beri tanda X jika terdapat luka</p> <p>j. Tidak ada Edema ekstremitas</p> <p>k. Tidak ada pitting edema</p> <p>l. Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori high risk dengan skor 10</p>	<p>a. Pergerakan sendi bebas</p> <p>b. Kekuatan otot</p> $\frac{5}{5} \mid \frac{3}{5}$ <p>c. Tidak ada kelainan ekstremitas</p> <p>d. Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>e. Tidak ada fraktur</p> <p>f. tidak terpasang traksi</p> <p>g. Kulit berwarna kuning langsung</p> <p>h. Turgor kulit baik</p> <p>i. Tidak Terdapat Luka</p>  <p>Lokasi : beri tanda X jika terdapat luka</p> <p>j. Tidak ada Edema ekstremitas</p> <p>k. Tidak ada pitting edema</p> <p>l. Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori low risk dengan skor 16</p>
29.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p>	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p>

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada riwayat luka sebelumnya</li> <li>- Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada riwayat luka sebelumnya</li> <li>- Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya</li> </ul>
30.	Kemanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 35 Pasien dalam kategori sedang	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 35 Pasien dalam kategori sedang
30.	Pengkajian Psikososial	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan</li> <li>b. Tidak ada Ekspresi klien terhadap penyakitnya</li> <li>c. Pasien tidak kooperatif/penurunan kesadaran saat interaksi</li> <li>d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan</li> <li>b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah terkadang menangis</li> <li>c. Pasien kooperatif saat interaksi</li> <li>d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri</li> </ul>
31.	Pengkajian Spiritual	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum sakit pasien sering beribadah</li> <li>b. Setelah sakit pasien tidak ada beribadah</li> </ul>	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum sakit pasien sering beribadah</li> <li>b. Setelah sakit pasien tidak ada beribadah</li> </ul>
32.	Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi 1 kali sehari</li> <li>b. Keramas 1 hari sekali</li> <li>c. Memotong kuku jika kuku panjang</li> <li>d. Ganti pakaian 1 kali sehari</li> <li>e. Oral hygiene 2 hari sekali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi 1 kali sehari</li> <li>b. Keramas 1 hari sekali</li> <li>c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali jika kuku panjang</li> <li>d. Ganti pakaian 1 kali sehari</li> <li>e. Sikat gigi 1 hari sekali</li> </ul>
33.	Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan 5 April 2019 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leukosit : 10,06</li> <li>✓ Eritrosit : 4,55</li> <li>✓ Hemoglobin :13,8</li> <li>✓ Hematokrit: 43,1</li> <li>✓ MCV : 94,7</li> <li>✓ MCHC : 32,1</li> <li>✓ Neutrofil # : 7,5</li> <li>✓ Neutrofil %: 75</li> </ul>	Pemeriksaan 6 April 2019 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemoglobin : 10,3</li> <li>✓ Hematokrit : 30</li> <li>✓ Leukosit :8,600</li> <li>✓ Granulosit :73,8</li> <li>✓ Limfosit : 16,5</li> <li>✓ Thrombosit :447.000</li> <li>✓ Cholestrol : 96</li> <li>✓ Trigliserida : 177</li> </ul>

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Limfosit #: 0,94</li> <li>✓ Limfosit % : 9</li> <li>✓ Laju endap darah :44</li> <li>✓ Cholesterol : 278</li> <li>✓ Trigliserida :165</li> <li>✓ Asam urat : 8,6</li> <li>✓ HDL kolesterol : 50</li> <li>✓ LDL kolesterol :195</li> </ul> <p>Ct scan kepala irisan axial//om line :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sinus parasinialis normal</li> <li>✓ Lesi hypodens di capsula intena-basal temporal-corone radiata-periventrikulrtlat dextra densitas 11-13 HU, infark cerebral dextra</li> <li>✓ System ventrikel baik, mid line shift (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ HDL kolesterol : 36</li> <li>✓ LDL kolesterol :50</li> <li>✓ Asam urat : 6,1</li> </ul>
34.	Terapi yang diterima	Cairan infus RL, Paracetamol,Asam Tranexamat, Cefitiraxone, Kalnek	Cairan infus RL,Clopidogrel, Vitamin B kompleks, Paracetamol,Ranitidine

#### 4.1.2.2 Analisa data

**Tabel 4.2 Analisa Data** dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<b>Data Pasien I Tn.M</b>		
DS : ✓ DO : ✓ Keadaan umum : lemah ✓ Kesadaran : sopor ✓ GCS : E3 M2 V1 ✓ Pupil isokor ✓ Kekuatan otot	hipertensi	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017)

$\begin{array}{c c} 2 & 2 \\ \hline 2 & 2 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pada pemeriksaan NIHSS dengan skor 39 hasil di dapat <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ Tidak dapat menjawab pertanyaan</li> <li>✓ Gaze: Gerakan mata konyugat horizontal: <i>Forced deviation</i>, atau paresis gaze total tidak dapat diatasi dengan maneuver okulosefalik</li> <li>✓ Paresis wajah : paralisis komplit dari satu atau kedua sisi wajah (tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah)</li> <li>✓ Motorik lengan tidak ada gerakan</li> <li>✓ Motorik tungkai : tidak ada gerakan ataksia anggota gerak : ataksia 2 atau lebih ekstremitas</li> <li>✓ Bahasa Terbalik : Mutisme, afasia global; tidak ada kata-kata yang keluar maupun pengertian akan kata-kata</li> <li>✓ Disartria : Disartria berat; bicara pasien sangat pelo namun tidak afasia</li> <li>✓ Pengabaian &amp; Inatensi (<i>Neglect</i>) : Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas</li> </ul> </li> </ul>		
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 150/100</li> <li>N : 112</li> <li>RR : 36</li> <li>T : 37.5</li> </ul>		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien berbaring di tempat tidur</li> <li>✓ Tingkat kesadaran supor</li> <li>✓ Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>✓ Perhitungan barthel indeks dengan hasil 0 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengendalikan rangsangan BAB : 0 kadang-kadang tidak terkendali</li> <li>✓ Mengendalikan rangsangan BAK : 0 pakai kateter</li> <li>✓ Membersihkan diri : 0 butuh pertolongan orang lain</li> <li>✓ Penggunaan jamban, masuk dan keluar )melepaskan memakai celana, membersihkan, menyiram) : 0 tergantung dengan orang lain</li> <li>✓ Makan : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Berpindah/Berjalan : 0 tidak mapui</li> <li>✓ Memakai baju : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Naik turun tangga : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Mandi : 0 tergantung orang lain</li> </ul> </li> </ul>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D0057)</p>

<p>DS: DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pola nafas dispnoe</li> <li>✓ Tampak sesak saat bernafas</li> <li>✓ Tampak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>✓ Ada Penggunaan otot bantu pernafasan</li> <li>✓ RR:36x/m</li> <li>✓ Selang NGT terpasang</li> <li>✓ Bersih tidak terjadi pembesaran polip</li> </ul>	<p>Penurunan energi</p>	<p>Pola nafas tiak efektif</p>
<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Batuk produktif</li> <li>✓ terdapat sekret warna keputihan kental</li> <li>✓ Terpasang alat bantu pernafasan NRM dengan 12 lpm</li> <li>✓ TD : 150/100 N : 112 RR : 36 T : 37.5</li> <li>✓ Jam 8 pagi pasien di nebulizer dengan ventolin</li> </ul>	<p>Hipersekresi jalan nafas</p>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif (D0001)</p>
<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Penilaian risiko dekubitus dengan skor 10 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Persepsi sendori : 1 terbatas sepenuhnya</li> <li>✓ Kelembaban : 2 sangat lembab</li> <li>✓ Mobilisasi : 2 immobile sepenuhnya</li> <li>✓ Aktivitas : 1 bedfast</li> <li>✓ Nutrisi : 2 kemungkinan nutrisi tidak adekuat</li> </ul> </li> </ul>	<p>Penurunan mobilitas</p>	<p>Risiko luka tekan (D0144)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gesekan dan pergeseran : 3 tidak menimbulkan masalah</li> </ul>		
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien bedtrest dan di dada terpasang ventilator</li> <li>✓ Penilaian risiko jatuh dengan hasil 60 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Riwayat jatuh atau 3 bulan terakhir : 25 ya</li> <li>✓ Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa : 0 tidak</li> <li>✓ Menggunakan alat bantu : 0 bedrest/ dibantu perawat</li> <li>✓ Penggunaan IV dan cateter : 20 ya</li> <li>✓ Kemampuan berjalan : 0 bedrest</li> <li>✓ Status mental : 15 tidak sadar dengan kemampuan</li> </ul> </li> </ul>	<p>Kekuatan otot menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>Risiko jatuh (D0144)</p>
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat kesadaran sopor</li> <li>✓ Pasien bedrest</li> <li>✓ Personal hygiene pasien seperti memandikan dan oral hygiene , BAK dan BAB di bantu oleh perawat</li> </ul>	<p>Kelemahan fisik</p>	<p>Defisit perawatan diri (D0109)</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ketika perawat bertanya tentang penyakit stroke keluarga mengatakan tidak tau stroke itu apa</li> <li>✓ Keluarga mengatakan belum ada diberikan informasi tentang penyakit klien</li> <li>✓ Keluarga klien menanyakan perihal</li> </ul>	<p>Kurang terpapar informasi</p>	<p>Defisit pengetahuan (D0111)</p>

<p>tentang stroke</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga mengatakan tidak mengerti tentang merawat dengan penyakit stroke</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga klien tampak kebingungan saat di tanya tentang penyakit stroke</li> <li>✓ Keluarga klien belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai penyakitnya</li> <li>✓ Keluarga terlihat banyak bertanya mengenai perawatan dan pengobatan</li> </ul>						
<b>Data Pasien II Tn.J</b>						
<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ klien ketika dipanggil namanya menjawab tetapi suara tidak jelas</li> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ GCS : E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>2</sub></li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot           <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </li> <li>✓ Pada pemeriksaan NIHSS dengan skor 14 hasil di dapat           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ dapat menjawab 1 pertanyaan</li> <li>✓ Mampu mengikuti 2 perintah</li> <li>✓ Gaze: Gerakan mata konyugat horizontal: Paresis gaze parsial pada 1 atau 2 mata, terdapat abnormal gaze namun forced</li> </ul> </li> </ul>	5	3	5	5	<p>hipertensi</p>	<p>Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017)</p>
5	3					
5	5					

<p>deviation atau paresis gaze total tidak ada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paresis wajah : Paralisis minor (sulcus nasolabial rata, asimetri saat tersenyum)</li> <li>✓ Motorik lengan Drift; lengan dapat diangkat 90 (45) namun turun sebelum 10 detik, tidak mengenai tempat tidur</li> <li>✓ Motorik tungkai : Drift; tungkai jatuh persis 5 detik, namun tidak mengenai tempat tidur</li> <li>✓ Bahasa Terbalik : Afasia ringan-sedang; dapat berkomunikasi namun terbatas. Masih dapat mengenali benda namun</li> <li>✓ Disartria : Disartria berat; bicara pasien sangat pelo namun tidak afasia</li> <li>✓ Pengabaian &amp; Inatensi (<i>Neglect</i>) : Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut; visual, tactile, auditory, spatial, or personal inattention</li> <li>✓ TD : 140/90 mmHg Nadi : 100 kali/menit RR : 17 kali/menit Temp : 36.1°C</li> </ul>		
<p>DS : ✓ DO : ✓ Pasien berbaring di</p>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D0057)</p>

<p>tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat kesadaran supor</li> <li>✓ Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>✓ Perhitungan barthel indeks dengan hasil 2</li> </ul> <p>Mengendalikan rangsangan BAB : 1 kadang-kadang tidak terkendali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengendalikan rangsangan BAK : 1 kadang-kadang tak terkendali</li> <li>✓ Membersihkan diri : 0 butuh pertolongan orang lain</li> <li>✓ Penggunaan jamban, masuk dan keluar )melepaskan memakai celana, membersihkan, menyiram) : 0 tergantung dengan orang lain</li> <li>✓ Makan : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Berpindah/Berjalan : 0 tidak mapui</li> <li>✓ Memakai baju : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Naik turun tangga : 0 tidak mampu</li> <li>✓ Mandi : 0 tergantung orang lain</li> </ul>		
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Penilaian risiko</li> </ul>	<p>Penurunan mobilitas</p>	<p>Risiko luka tekan (D0144)</p>

<p>dekubitus dengan skor 10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Persepsi sendori : 3 terbatas ringan</li> <li>✓ Kelembaban : 4 jarang basah</li> <li>✓ Mobilisasi :3 keterbatasan ringan</li> <li>✓ Aktivitas : 1 bedfast</li> <li>✓ Nutrisi : 2 kemungkinan nutrisi tidak adekuat</li> <li>✓ Gesekan dan pergeseran : 3 tidak menimbulkan masalah</li> </ul>		
<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien bedtrest dan di dada terpasang ventilator</li> <li>✓ Penilaian risiko jatuh dengan hasil 60</li> <li>✓ Riwayat jatuh atau 3 bulan terakhir : 25 ya</li> <li>✓ Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa : 0 tidak</li> <li>✓ Penggunaan alat bantu : 0 bedrest/ dibantu perawat</li> <li>✓ Penggunaan IV dan cateter : 20 ya</li> <li>✓ Kemampuan berjalan : 0 bedrest</li> <li>✓ Status mental : 15 tidak sadar dengan kemampuan</li> </ul>	<p>Kekuatan otot menurun</p> <p>↓</p> <p>Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>Risiko jatuh (D0144)</p>
<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat kesadaran apatis</li> <li>✓ Pasien bedrest</li> <li>✓ Personal hygiene pasien seperti memandikan dan oral hygiene BAK dan BAB di bantu oleh perawat dan keluarga</li> </ul>	<p>Kelemahan fisik</p>	<p>Defisit perawatan diri (D0109)</p>

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ketika perawat bertanya tentang penyakit stroke keluarga mengatakan tidak tau stroke itu apa</li> <li>✓ Keluarga mengatakan belum ada diberikan informasi tentang penyakit klien</li> <li>✓ Keluarga klien menanyakan perihal tentang stroke</li> <li>✓ Keluarga mengatakan tidak mengerti tentang merawat dengan penyakit stroke</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga klien tampak kebingungan saat di tanya tentang penyakit stroke</li> <li>✓ Keluarga klien belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai penyakitnya</li> <li>✓ Keluarga terlihat banyak bertanya mengenai perawatan dan pengobatan</li> </ul>	<p>Kurang terpapar informasi</p>	<p>Defisit pengetahuan (D0111)</p>
---	----------------------------------	------------------------------------

#### 4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.3. Dianosa keperawatan dengan Stroke non hemoragik diruang stroke**

center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019

Klien I			Klien II	
No	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
1	8 april 2019	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	8 april 2019	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi
2	8 april 2019	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	8 april 2019	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot
3	8 april 2019	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi	8 april 2019	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas
4	8 april 2019	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas	8 april 2019	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran
5	8 april 2019	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	8 april 2019	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik
6	8 april 2019	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran	8 april 2019	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi
7	8 april 2019	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik		

8	8 april 2019	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi
---	--------------	--

#### 4.1.2.4 Interensi Keperawatan

**Tabel 4.4. Intervensi Keperawatan** dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
(D.0017) resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan hipertensi	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Circulation status</i></li> <li>❖ <i>Tissuue perfusion : cerebral</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan suplai aliran darah ke otak lancar dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan systole dan diastole dalam rentang normal</li> <li>• Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan               <ul style="list-style-type: none"> <li>- berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan</li> <li>- menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi</li> </ul> </li> <li>• Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan <i>involunter</i></li> </ul>	<p><b>SIKI pemantauan tekanan intrakranial 1.06198</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>1.3 Monitor perlambatan dan ketidakseimbangan respon pupil</li> <li>1.4 Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan</li> <li>1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>1.6 Monitor CRT dan konjungtiva</li> </ol>

<p>Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot</p>	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Joint movement : active</i></li> <li>❖ <i>Mobility level</i></li> <li>❖ <i>Self care : ADLs</i></li> <li>❖ <i>Transfer performance</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan tidak ada hambatan mobilitas lancar dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Adanya peningkatan dalam aktivitas fisik</li> <li>● Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas</li> <li>● Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>● Memperagakan alat bantu untuk mobilisasi</li> </ul>	<p><b>SIKI dukungan mobilitas I.05173</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>2.3 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>
<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Penurunan energi</p>	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>expiratory status : ventilation</i></li> <li>❖ <i>Respiratory status : airway patency</i></li> <li>❖ <i>Vital sign status</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan pola nafas menjadi paten dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mendemostrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum dan bernafas menjadi mudah)</li> <li>● Menunjukkan jalan</li> </ul>	<p><b>SIKI manajemen jalan nafas I.01011</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>3.2 Monitor bunyi nafas</li> <li>3.3 Monitor sputum</li> <li>3.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift</li> <li>3.5 Lakukan fisioterapi dada</li> <li>3.6 Lakukan penghisapan lendir</li> <li>3.7 Berikan oksigen</li> <li>3.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● nafas yang paten</li> <li>● Tanda-tanda vital dalam rentang normal</li> </ul>	
Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekreasi jalan nafas	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Respiratory status : ventilation</i></li> <li>❖ <i>Respiratory status : airway patency</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan jalan nafas jadi paten dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan sypneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>● Menunjukkan jalan nafas yang paten</li> <li>● Mampu mengidentifikasi factor yang dapat menghambat jalan nafas</li> </ul>	<p><b>SIKI manajemen jalan nafas I.01011</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>4.2 Monitor bunyi nafas</li> <li>4.3 Monitor sputum</li> <li>4.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift</li> <li>4.5 Lakukan fisioterapi dada</li> <li>4.6 Lakukan penghisapan lendir</li> <li>4.7 Berikan oksigen</li> <li>4.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ol>
Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Tisuue integrity :skin and mucous</i></li> <li>❖ <i>Membranes</i></li> <li>❖ <i>Hemadyalis akses</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan tidak terjadi luka tekan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Integritas kulit baik bisa dipertahankan</li> <li>● Tidak ada luka/lesi</li> </ul>	<p><b>SIKI pencegahan luka tekan I.14542</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>5.2 Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</li> <li>5.3 Monitor aktivitas dan aktivitas individu</li> <li>5.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan</li> </ol>

	<p>pada kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Perfusi jaringan baik</li> <li>● Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> </ul>	<p>inkontinensia fekal atau urin</p> <p>5.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</p> <p>5.6 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>5.7 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>5.8 Jaga seprai tetap kering</p> <p>5.9 Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori</p> <p>5.10 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
<p>Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Trauma risk for</i></li> <li>❖ <i>Injury risk for</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan pasien tidak ada terjatuh selama masa perawatan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Keseimbangan : kemampuan untuk mempengaruhi ekulibirium</li> <li>● Gerakan terkoordinasi : kemapuan otot untuk bekerja sama secara volunter untuk melakukan gerakan yang bertujuan</li> <li>● Perilaku mencegah jatuh</li> </ul> <p>Tidak ada kejadian jatuh</p>	<p><b>SIKI pencegahan jatuh 1.14540</b></p> <p>6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>6.2 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse scale</p> <p>6.3 Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>6.4 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>6.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</p>

<p>Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik</p>	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>self care status</i></li> <li>❖ <i>Activity tolerancy</i></li> <li>❖ <i>Fatigue level</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan pasie mampu merawat dirinya dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mampu mempertahankan kebersihan diri dan penampilan rapi secara mandiri</li> </ul>	<p><b>SIKI dukungan perawatan diri I.11348</b></p> <p>7.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</p>
<p>Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi</p>	<p><b>Noc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Knowledge : disease process</i></li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan keluarga atau pasien mengerti tentang penyakit yang di hadapin dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>● Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>● Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat</li> </ul>	<p><b>SIKI edukasi kesehatan I.12383</b></p> <p>8.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>8.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>8.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>8.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>8.5 Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih</p>

#### 4.1.2.5 Implementasi keperawatan

**Tabel. 4.5 Implementasi klien I Tn.M dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019**

Waktu Pelaksanaan	Tindakan keperawatan	Evaluasi
8/4/2019 07.50	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
07.52	Menanyakan pengetahuan keluarga penyakit yang dihadapi klien	Keluarga mengatakan belum tahu tentang penyakit yang di hadapi klien selama 2 kali terkena stroke
07.53	7.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	Keluarga mau untuk menerima informasi perihal tentang penyakit yang di hadapi klien, dan untuk penyuluhan kesehatan dilakukan besok harinya
	3.7 Berikan oksigen	Setelah di berikan oksigen oernafasan pasien masih sesak 34x/m
08.00	1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran	Tingkat Kesadaran sopor E:3M <sub>2</sub> V <sub>1</sub>
08.00	5.4 Pasang handrall tempat tidur	Terpasang handrall tempat tidur
08.00	5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman	Roda tempat tidur terkunci dan aman
08.10	6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditempat tidur dan oral hygiene
08.15	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.18	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkotinsensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab

09.00	1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 140/70 N : 100 RR :26 T:37,5
09.00	3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator	Nebulizer dengan cairan ventolin dan Nacl 2ml selesai 20 menit
09.20	3.5 Lakukan fisioterapi dada	Terdengar suara sekret : roncki basah
09.25	3.6 Lakukan penghisapan lendir	Suction lendir terdapat sekret yang di dapat ketal berwarna putih
10.00	1.7 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 150/70 N : 110 RR :25 T:37,5
10.02	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.02	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
10.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas
11.00	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas klien dapat menggenggam tangan perawat TD:140/90 N: 89 RR : 27 T:37,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
<b>9/8/19</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan

07.02	7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Keluarga siap mendengarkan penjelasan perawatan seputar tentang penyakit klien
07.07	7.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	Media pendidikan dengan Leaflet stroke, keluarga tampak mendengarkan penjelasan dari perawat
07.15	7.3 Berikan kesempatan untuk bertanya	Keluarga menyakan mengapa klien ini tidak ada sadarkan diri
07.15	7.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan	Jadwalkan pendidikan kepada keluarga agar keluarga mengerti akan penyakit klien
	3.7 Berikan oksigen	Setelah di berikan oksigen oernafasan pasien masih sesak 32x/m
08.00	1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran	Tingkat Kesadaran sopor E:3M2V1
08.00	5.4 Pasang handrall tempat tidur	Terpasang handrall tempat tidur
08.00	5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman	Roda tempat tidur terkunci dan aman
08.08	6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditenpat tidur dan oral hygiene
08.13	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.14	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab
09.00	3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator	Nebulizer dengan cairan ventolin dan Nacl 2ml selesai 20 menit
09.22	3.5 Lakukan fisioterapi dada	Terdengar suara sekret : roncki basah
09.25	3.6 Lakukan penghisapan lendir	Suction lendir terdapat secret yang di dapat ketal berwarna putih
10.00	1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan	TD: 140/70

	darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	N : 105 RR :30 T:36,6
10.02	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.03	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
10.03	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
10.15	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:140/90 N: 89 RR : 27 T:37,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
<b>10/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
07.10	7.4 Berikan kesempatan untuk bertanya	Perawat menanyakan kepada keluarga apa yang di maksud dengan stroke, tanda dan gejala stroke, penanganan dirumah jika terjadi lagi dan cara mencegah terjadinya stroke
	3.7 Berikan oksigen	Setelah di berikan oksigen pernafasan pasien masih sesak 41x/m
08.00	1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran	Tingkat Kesadaran sopor E:3M <sub>2</sub> V <sub>1</sub>
08.00	5.4 Pasang handrall tempat tidur	Terpasang handrall tempat

		tidur
08.00	5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman	Roda tempat tidur terkunci dan aman
08.00	7.2 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditempat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab
09.00	3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator	Nebulizer dengan cairan ventolin dan Nacl 2ml selesai 20 menit
09.23	3.5 Lakukan fisioterapi dada	Terdengar suara sekret : roncki basah
09.24	3.6 Lakukan penghisapan lendir	Suction lendir terdapat secret yang di dapat ketal berwarna putih
10.00	1.8 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 130/70 N : 110 RR :25 T:37,8
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ektremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ektremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:130/90 N: 99 RR : 27 T:36,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu

		punggung tampak lembab lalu diberi bedak
14.00	1.9 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 140/100 N : 90 RR :25 T:37,5
<b>11/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
	3.7 Berikan oksigen	Setelah di berikan oksigen oernafasan pasien masih sesak 29x/m
08.00	1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran	Tingkat Kesadaran sopor E:3M2V1
08.00	5.4 Pasang handrall tempat tidur	Terpasang handrall tempat tidur
08.00	5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman	Roda tempat tidur terkunci dan aman
08.00	7.3 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditempat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkotinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab
09.00	3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator	Nebulizer dengan cairan ventolin dan Nacl 2ml selesai 20 menit
09.23	3.5 Lakukan fisioterapi dada	Terdengar suara sekret : roncki basah
09.24	3.6 Lakukan penghisapan lendir	Suction lendir terdapat secret yang di dapat ketal berwarna putih
10.00	1.10 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 140/70 N : 106 RR :34 T:37,4

10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:130/90 N: 99 RR : 27 T:36,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
14.00	1.11 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 140/700 N : 98 RR :31 T:37,5
<b>12/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
	3.7 Berikan oksigen	Setelah di berikan oksigen oernafasan pasien masih sesak 28x/m
08.00	1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran	Tingkat Kesadaran sopor E:3M2V1
08.00	5.4 Pasang handrall tempat tidur	Terpasang handrall tempat tidur
08.00	5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman	Roda tempat tidur terkunci dan aman
08.00	7.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditenpat tidur dan oral

		hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab
09.00	3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator	Nebulizer dengan cairan ventolin dan Nacl 2ml selesai 20 menit
09.23	3.5 Lakukan fisioterapi dada	Terdengar suara sekret : roncki basah
09.24	3.6 Lakukan penghisapan lendir	Suction lendir terdapat secret yang di dapat ketal berwarna putih
10.00	1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 140/70 N : 106 RR :34 T:37,4
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ektremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ektremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:150/100 N: 114 RR : 34 T:37,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak

**Tabel. 4.6 Implementasi klien II dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019**

<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
8/4/2019 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
07.52	Menanyakan pengetahuan keluarga penyakit yang dihadapi klien	Keluarga mengatakan belum tahu tentang penyakit stroke yang di hadapi klien selama masa perawatan.
07.53	7.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan	Keluarga mau untuk menerima informasi perihal tentang penyakit yang di hadapi klien, dan untuk penyuluhan kesehatan dilakukan besok harinya
08.00	5.4 Pasang handrall tempat tidur	Terpasang handrall tempat tidur
08.00	5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman	Roda tempat tidur terkunci dan aman
08.00	7.5 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditempat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang	Mengeringkat daerah

	lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri bedak agak tidak ada suhu lembab
10.00	1.12 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 130/70 N : 97 RR :20 T:37,4
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:120/90 N: 98 RR : 21 T:36,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
<b>9/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
07.02	7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Keluarga siap mendengarkan penjelasan perawatan seputar tentang penyakit klien
07.07	7.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	Media pendidikan dengan Leaflet stroke, keluarga tampak mendengarkan

		penjelasan dari perawat
07.15	7.3 Berikan kesempatan untuk bertanya	Keluarga menyakan mengapa klien ini tidak ada sadarkan diri
07.15	7.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	Jadwalkan pendidikan kepada keluarga agar keluarga mengerti akan penyakit klien
08.00	6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditempat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri bedak agar tidak ada suhu lembab
10.00	1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 130/70 N : 97 RR :20 T:37,4
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:120/90 N: 98 RR : 21 T:36,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak

<b>10/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
07.15	7.3 Berikan kesempatan untuk bertanya	Perawat mempertanyakan keluarga apakah sudah paham yang kemarin yang sudah di jelaskan
08.00	6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditenpat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab
10.00	1.13 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 120/70 N : 87 RR :20 T:37,4
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ektremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ektremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:130/90 N: 98 RR : 21 T:36,5
10.00 12.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah

14.00		terjadinya dekubitus kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
<b>11/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
08.00	6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditenpat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkat daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri beda agak tidak ada suhu lembab
10.00	1.14 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 130/90 N : 97 RR :20 T:37,4
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:130/90 N: 98 RR : 21 T:36,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus

		kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
<b>12/4/2019</b> 07.00	Melakukan BHSP dengan pasien atau keluarga	Perawat memperkenalkan diri kembali kepada keluarga dan klien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
08.00	6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien	Memandikan pasien ditenpat tidur dan oral hygiene
08.05	4.8 Jaga seprai tetap kering	Mengganti seprai lama dengan seprai baru
08.06	4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin	Mengeringkan daerah punggung klien setelah selesai memandikan daerah punggung lalu di beri bedak agar tidak ada suhu lembab
10.00	1.15 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)	TD: 120/70 N : 87 RR :20 T:37,4
10.01	1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral	posisi kepala dan leher netral
10.01	1.6 Monitor CRT	CRT kembali <2 detik
11.30	2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)	Melakukan ROM pasif pada ekstremitas atas dan bawah
11.45	2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ketika di lakukan rom pasif dibantu mengangkat ekstremitas atas dan bawah tampak ada reaksi pergerakan dari klien TD:130/90 N: 98 RR : 21 T:36,5
10.00 12.00 14.00	4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam	Melakukan mika-miki untuk mencegah terjadinya dekubitus

		kondisi suhu punggung tampak lembab lalu diberi bedak
--	--	---

#### 4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.7** evaluasi asuhan keperawatan klien I dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019

tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
8/4/2019 14.00	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	S : O: ✓ Keadaan umum : lemah ✓ Tingkat kesadaran : sopor ✓ GCS : E3 M2 V1 ✓ Pupil isokor ✓ Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> ✓ TD : 130/100 N : 102 RR : 31 T : 37.6 A: ✓ Masalah belum teratasi P: ✓ Lanjutkan intervensi ✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas) ✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran ✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral ✓ 1.6 Monitor CRT	2	2	2	2
2	2					
2	2					

	<p>Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien dapat menggenggam tangan perawat pada saat melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	2	2	2	2
2	2					
2	2					
	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi</p>	<p>S O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampak pasien saat bernafas masih sesak</li> <li>✓ Pola nafas dispnea</li> <li>✓ RR :35x/m</li> <li>✓ Tampak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>✓ Ada Penggunaan otot bantu pernafasan</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> </ul>				
	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas</p>	<p>S: O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terdengar suara roncki basah</li> <li>✓ Pasien sudah dilakukan nebulizer dan suction lendir</li> <li>✓ Terpasang NRM 12 lpm</li> <li>✓ Irama nafas 32x/m</li> <li>✓ Ada pernafasan cuping</li> </ul>				

		<p>hidung</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>✓ 3.4 Pertahakan kepatenan jalan nafas</li> <li>✓ 3.5 lakukan fisioterapi dada</li> <li>✓ 3.6 lakukan penghisapan lendir</li> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> <li>✓ 3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul>
	<p>Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak lembab ketika mika-miki sudah di beri bedak</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	<p>Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedasaran : sopor</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>
	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keluarga mengatakan mau dilakukan penyuluhan tentang penyakit klien</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien tampak bingung dengan apa itu penyakit yang di hadapin klien</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</li> </ul> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ 2.1 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>✓ 7.3 Jadwalkan pendidikan</li> </ul>

		<p>kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>✓ 7.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>				
9/4/2019	<p>resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi</p>	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> </ul> <p>✓ Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 140/90</li> <li>N : 122</li> <li>RR : 31</li> <li>T : 37.4</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>	2	2	2	2
2	2					
2	2					
	<p>Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasienada reaksi pergerakan pada saat perawat melakukan teknik terapi (ROM) pasif ektremitas atas dan bawah</li> </ul>	2	2	2	2
2	2					
2	2					

		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>
	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampak pasien saat bernafas masih sesak</li> <li>✓ Pola nafas dispnea</li> <li>✓ RR :32x/m</li> <li>✓ Tampak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>✓ Ada Penggunaan otot bantu pernafasan</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> </ul>
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas	<p>S:</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terdengar suara roncki basah</li> <li>✓ Pasien * sudah dilakukan nebulizer dan suction lendir</li> <li>✓ Terpasang NRM 12 lpm</li> <li>✓ Irama nafas 32x/m</li> <li>✓ Ada pernafasan cuping hidung</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Bersihkan jalan nafas tidak efektif</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>✓ 3.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>✓ 3.5 lakukan fisioterapi dada</li> <li>✓ 3.6 lakukan penghisapan lendir</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> <li>✓ 3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul>
	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak lembab ketika mika-miki sudah di beri bedak</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedasaran : sopor</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>

	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>						
	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keluarga mengatakan sedikit lebih paham setelah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit klien</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kelurga tampak paham setelah dijelaskan tentang penyuluhan kesehatan</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi</li> </ul> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul>						
10/4/19	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 130/100</li> <li>N : 110</li> <li>RR : 28</li> <li>T : 37.6</li> </ul> <p>A:</p>	2	2	2	2	2	2
2	2	2						
2	2	2						

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>				
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien ada reaksi pergerakan pada saat perawat melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas dan bawah</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	2	2	2	2
2	2					
2	2					
	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi	<p>S</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampak pasien saat bernafas masih sesak</li> <li>✓ Pola nafas dispnea</li> <li>✓ RR : 35x/m</li> <li>✓ Tampak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>✓ Ada Penggunaan otot bantu pernafasan</li> </ul>				

		<p>A: Masalah Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: ✓ 3.7 berikan oksigen</p>
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas	<p>S:</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terdengar suara roncki basah</li> <li>✓ Pasien sudah dilakukan nebulizer dan suction lendir</li> <li>✓ Terpasang NRM 12 lpm</li> <li>✓ Irama nafas 32x/m</li> <li>✓ Ada pernafasan cuping hidung</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Bersihkan jalan nafas tidak efektif</li> </ul> <p>P: lanjutkan intevensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>✓ 3.4 Pertahakan kepatenan jalan nafas</li> <li>✓ 3.5 lakukan fisioterapi dada</li> <li>✓ 3.6 lakukan penghisapan lendir</li> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> <li>✓ 3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul>
	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak lembab ketika mika-miki sudah di beri bedak</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang</li> </ul>

		<p>tertekan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedasaran : sopor</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>
	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keluarga mengatakansudah mulai paham tentang penyakit stroke</li> </ul> <p>O:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga dapat menjawab pertanyaan dari perawat tentang penyakit stroke, tanda dan gejalanya DLL</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit pengetahuan teratasi</li> </ul> <p>P:hentikan intervensi</p>						
11/4/19	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 150/110</li> <li>N : 115</li> <li>RR : 28</li> <li>T : 36.9</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>	2	2	—	—	2	2
2	2							
—	—							
2	2							
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien ada reaksi pergerakan pada saat perawat melakukan teknik</li> </ul>	2	2	—	—	2	2
2	2							
—	—							
2	2							

		<p>terapi (ROM) pasif ekstremitas atas dan bawah</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>
	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi	<p>S</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampak pasien saat bernafas masih sesak</li> <li>✓ Pola nafas dispnea</li> <li>✓ RR :35x/m</li> <li>✓ Tampak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>✓ Ada Penggunaan otot bantu pernafasan</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> </ul>
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas	<p>S:</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terdengar suara roncki basah</li> <li>✓ Pasien sudah dilakukan nebulizer dan suction lendir</li> <li>✓ Terpasang NRM 12 lpm</li> <li>✓ Irama nafas 32x/m</li> <li>✓ Ada pernafasan cuping hidung</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Bersihkan jalan nafas tidak efektif</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>✓ 3.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>✓ 3.5 lakukan fisioterapi dada</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.6 lakukan penghisapan lendir</li> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> <li>✓ 3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul>
	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak lembab ketika mika-miki sudah di beri bedak</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedarasan : sopor</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>				
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>				
12/4/19	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : sedang</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 130/100</li> <li>N : 110</li> <li>RR : 28</li> <li>T : 37.6</li> <li>✓ Kemampuan melakukan ADLs : sepenuhnya dibantu oleh keluarga/perawat</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> </ul>	2	2	2	2
2	2					
2	2					

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>				
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : sedang</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : sopor</li> <li>✓ GCS : E3 M2 V1</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; text-align: center;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas dan bawah</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	2	2	2	2
2	2					
2	2					
	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi	<p>S</p> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampak pasien saat bernafas masih sesak</li> <li>✓ Pola nafas dispnea</li> <li>✓ RR :29x/m</li> <li>✓ Tampak ada pernafasan cuping hidung</li> <li>✓ Ada Penggunaan otot bantu pernafasan</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> </ul>				
	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas	<p>S:</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terdengar suara roncki basah</li> <li>✓ Pasien sudah dilakukan nebulizer dan suction lendir</li> <li>✓ Terpasang NRM 12 lpm</li> </ul>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Irama nafas 32x/m</li> <li>✓ Ada pernafasan cuping hidung</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>✓ 3.4 Pertahakan kepatenan jalan nafas</li> <li>✓ 3.5 lakukan fisioterapi dada</li> <li>✓ 3.6 lakukan penghisapan lendir</li> <li>✓ 3.7 berikan oksigen</li> <li>✓ 3.8 kolaborasi pemberian bronkodilator</li> </ul>
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedasaran : apatis</li> <li>✓ Terpasang restain 1 tangan, pasien gelisah</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu</li> </ul>

		<p>oleh keluarga</p> <p>A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>
--	--	---

**Tabel 4.8 evaluasi asuhan keperawatan klien II** dengan Stroke non hemoragik diruang stroke center RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2019

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
8/4/2019 14.00	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 120/70</li> <li>N : 97</li> <li>RR : 20</li> <li>T : 37.6</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> </ul>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					
	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak kering</li> <li>✓ Sprei kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan teratasi sebagian</li> </ul> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga spreai tetap kering</li> </ul>				
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan	<p>S:</p> <p>O:</p>				

	<p>otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Keadasaran : apatis</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Terpasang restrain klien gelisah</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	<p>Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>
	<p>Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga mengatakan Belum paham akan tentang penyakit yang diderita klien</li> <li>✓ Keluarga mengatakan belum ada penyuluhan penyakit tentang stroke</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien tampak bingung dengan apa itu penyakit yang di hadapin klien</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit pengetahuan</li> </ul>

		<p>belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ 2.1 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>✓ 7.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>✓ 7.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul>				
9/4/2019 14.00	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 130/70</li> <li>N : 97</li> <li>RR : 20</li> <li>T : 37.6</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	5	3		
5	3					

		<p style="text-align: center;">5 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>
	Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak kering</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan teratasi sebagian</li> </ul> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun → Penurunan tingkat kesadaran	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedarasan : apatis</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Terpasang restrain klien gelisah</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>
	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga mengatakan masih Belum paham akan tentang penyakit yang diderita klien</li> <li>✓ Keluarga mengatakan masih pengen tau lebih akan penyakit stroke</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien masih tampak bingung dengan apa itu penyakit yang di hadapi klien</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</li> </ul> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ 2.1 Sediakan materi dan</li> </ul>

		<p>media pendidikan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan</li> <li>✓ 7.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul>				
10/4/2019 14.00	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 120/70</li> <li>N : 97</li> <li>RR : 20</li> <li>T : 37.6</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					

		<p>mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>
	<p>Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Tidak ada gerakan</li> <li>✓ Punggung tampak kering</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan teratasi sebagian</li> </ul> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	<p>Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun → Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Keadasaran : apatis</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Terpasang restrain klien gelisah</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>				
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>				
	Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga mengatakan sudah mulai paham tentang penyakit stroke</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluarga tampak sudah mulai mengerti akan penjelasan dari perawat</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit pengetahuan bteratasi</li> </ul> <p>P : hentikan intervensi</p>				
11/4/2019 14.00	Ketidak efektifan perfusi resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : lemah</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 130/100</li> <li>N : 97</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					

		<p>RR : 17 T : 37.4</p> <p>A: ✓ Masalah belum teratasi</p> <p>P: ✓ Lanjutkan intervensi ✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas) ✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran ✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral ✓ 1.6 Monitor CRT</p>				
	<p>Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: O: ✓ Keadaan umum : lemah ✓ Tingkat kesadaran : apatis ✓ GCS : E4 M6 V2 ✓ Pupil isokor ✓ Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>✓ Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas</p> <p>A: ✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi ✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM) ✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p>	5	3	5	5
5	3					
5	5					
	<p>Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas</p>	<p>S: O: ✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine ✓ Tidak ada gerakan</p>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Punggung tampak kering</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan teratasi sebagian</li> </ul> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedasaran : apatis</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Terpasang restrain klien gelisah</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai tidak licin</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul>

		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>				
12/4/2019 14.00	resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi	<p>S :</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : sedang</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TD : 140/70</li> <li>N : 97</li> <li>RR : 20</li> <li>T : 37.6</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lanjutkan intervensi</li> <li>✓ 1.1 Monitor tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi jantung, tekanan nadi irama nafas)</li> <li>✓ 1.2 Monitor adanya penurunan kesadaran</li> <li>✓ 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ 1.6 Monitor CRT</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					
	Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keadaan umum : sedang</li> <li>✓ Tingkat kesadaran : apatis</li> <li>✓ GCS : E4 M6 V2</li> <li>✓ Pupil isokor</li> <li>✓ Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas</li> <li>✓ Kemampuan melakukan ADLs: sepenuhnya dibantu</li> </ul>	5	3	5	5
5	3					
5	5					

		<p>oleh keluarga/perawat</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2.2 Fasilitasi melakukan pergerakan (terapi ROM)</li> <li>✓ 2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>
	<p>Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi supine</li> <li>✓ Pasien gelisah</li> <li>✓ Tidak tampak luka dekubitus</li> <li>✓ Punggung tampak kering</li> <li>✓ Seprai kering</li> <li>✓ Lingkungan tidak basah dan lembab</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ masalah resiko luka tekan teratasi sebagian</li> </ul> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>✓ 4.4 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</li> <li>✓ 4.5 Ubah posisi setiap 1-2 jam</li> <li>✓ 4.8 Jaga seprai tetap kering</li> </ul>
	<p>Risiko jatuh (D0144) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun → Penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tingkat Kedasaran : apatis</li> <li>✓ terpasang pengaman pagar di tempat tidur</li> <li>✓ Terpasang restrain klien gelisah</li> <li>✓ Roda tempat tidur terkunci dan aman</li> <li>✓ Keadaan lingkungan lantai</li> </ul>

		<p>tidak licin</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah Risiko jatuh sebagian teratasi</li> </ul> <p>P: pertahankan intensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5.4 Pasang handrall tempat tidur</li> <li>✓ 5.5 Pastikan roda tempat tidur terkunci dan aman</li> </ul>
	<p>Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ keadaan umum lemah</li> <li>✓ Berbaring saja di tempat tidur tidak ada pergerakan</li> <li>✓ Oral hygiene dan memandikan di bantu oleh perawat</li> <li>✓ BAK dan BAB di bantu oleh keluarga</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 6.1 Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien</li> </ul>

## **4.2 Evaluasi keperawatan**

### **4.2.1 Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini penelitian akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus Stroke Non Hemoragik yang telah dilakukan sejak 8 april 2019 sampai 12 april 2019 diruangan Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### **4.2.1.1 Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D0017) berhubungan hipertensi**

- 1) Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif adalah penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan serebral pada kapiler (NANDA 2015) Berdasarkan data diatas di peroleh hasil pengkajian pada pasien 1 dengan tingkat kesadaran sopor dengan GCS: E3 M2 V1, TD : 150/100, N : 112, RR : 36 T : 37.6 dengan usia 49 tahun, sedangkan pada pasien ke 2 tingkat kesadaran Apatis Dengan GCS : E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>2</sub>, TD :140/90 mmHg, Nadi : 100 kali/menit, RR : 17 kali/menit, Temp : 36.1°C dengan usia 62 tahun.
- 2) Hipertensi merupakan penyebab stroke karena hipertensi menyebabkan terjadinya gangguan aliran darah tubuh, yaitu diameter pembuluh darah kelak akan mengecil (vasokonstriksi) sehingga darah yang mengalir ke otak berkurang dengan pengurangan aliran darah ke otak maka otak akan kekurangan suplai oksigen karena suplai berkurang secara terus menerus mengakibatkan kematian otak.Selain hipertensi dapat juga disebabkan faktor

usia, hal ini di ungkapkan menurut penelitian Saraswati (2009) bahwa semakin tua usia akan mudah terkena stroke karena dapat mengakibatkan pembuluh darah lebih kaku sehingga dapat memicu terjadinya plak (aterosklerosis) dan mengakibatkan suplai oksigen semakin terganggu. Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa resiko perfusi tidak efektif sesuai yang terjadi pada kedua pasien, hal ini dapat terjadi karena tekanan darah pasien yang tidak stabil dan juga karena faktor usia dari pasien sehingga dapat memicu arteroklerosis. Maka penulis melakukan tindakan seperti monitor tanda-tanda vital pada kedua pasien, monitor adanya penurunan kesadaran, monitor CRT dan konjungtiva.

- 3) Berdasarkan pendapat penulis bahwa terjadinya karena gangguan aliran darah tubuh disebabkan oleh Hipertensi karna adanya diameter pembuluh darah mengecil (vasokonstriksi) sehingga darah yang mengalir ke otak berkurang dengan pengurangan aliran darah ke otak maka otak akan kekurangan suplai oksigen. Demikiran kondisi adanya penurunan kesadaran ini muncul karena pasokan oksigen menuju ke kotak berkurang. Evaluasi pada pasien 1 telah dilakukan selama 5x8 jam dengan data objektif keadaan umum lemah, tingkat kesadaran sopor, GCS E3 M2 V1, Pupil isokor, TD: 130/100 N : 110 RR : 28 T : 37.6 masalah dengan risiko perfusi jaringan serebral tidak efekrif belum teratasi. Selanjutnya pada pasien 2 telah dilakukan selama 5x8 jam data objektif keadaan umum sedang, tingkat kesadaran apatis, GCS : E4 M6 V2, Pupil isokor,, T140/70, N : 97, RR : 20, T : 37.6 masalah dengan risiko perfusi jaringan serebral tidak efekrif belum teratasi.

#### **4.2.1.2 Gangguan mobilitas fisik (D0057) Berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot**

- 1) Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah NANDA (2015). Berdasarkan hasil pengkajian diatas tentang gangguan mobilitas fisik didapatkan dari data kedua pasien, pada awal gejala kedua pasien mengeluh adanya kelemahan anggota gerak atas, pada pasien 1 dengan tingkat kesadaran sopor, Perhitungan barthel indeks dengan hasil 0, kekuatan otot dari kedua pasien berbeda pada pasien 1: 2/2/2/2 sedangkan pada pasien 2 : 5/3/5/5, lalu pada pasien 2 tingkat kesadaran apatis Perhitungan barthel indeks dengan hasil 2, bicara pelo. Respon objektif dari kedua pasien KU tampak lemah, retan gerak (ROM) menurun, dan untuk ADLs kedua pasien di bantu oleh keluarga dan perawat
- 2) Pada kasus antara 2 pasien ini terjadi Gangguan mobilitas fisik ini dipicu oleh penurunan kekuatan otot hal ini hemiparese (kelemahan) atau himplegia (kelumpuhan) pada sebagian sisi tubuh dapat terjadi setelah serangan stroke. Kelainan ini biasanya disebabkan karena kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial yang mengakibatkan infark pada korteks motorik fontalis.hemiplegia komplit melibatkan sebagian wajah,lidah, dan ekstremitas atas dan bawah pada sisi tubuh yang sama. Infark pada bagian sisi kanan otak akan mengakibatkan kelumpuhan pada bagian sisi kiri tubuh karena jaras serabut saraf akan menyilang pada traktus pyramidal yang melewati otak sampai medulla spinalis Sudoyo (2007). pemberian latihan ROM adalah latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi

dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendirian sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif Potter and Perry (2005). Maka penulis melakukan tindakan seperti latihan ROM pasif pada pasien 1 ekstremitas atas dan jari agar tidak terjadi kekakuan pada pasien karena tirah baring lama. Pada pasien 2 dilakukan latihan ROM pasif di ekstremitas atas dan jari agar tidak terjadi kekakuan pada pasien.

- 3) Menurut penulis bahwa terjadinya gangguan mobilitas fisik di karenakan kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial yang mengakibatkan infark pada korteks motorik fontalis antara teori dan pengkajian yang telah didapatkan dari pasien sudah sesuai, karena tanda dan gejalanya sama, antara lain pasien saat serangan stroke adanya kelemahan anggota gerak keadaan objektif tampak lemah. Evaluasi pada pasien 1 telah dilakukan selama 5x8 jam dengan data objektif keadaan umum : lemah GCS : E3 M2 V1, Pupil isokor, Kemampuan melakukan ADLs : sepenuhnya dibantu oleh keluarga/perawat selanjutnya Evaluasi pada pasien 2 telah dilakukan selama 5x8 jam dengan data objektif Keadaan umum : sedang, GCS : E4 M6 V2, Pupil isokor, Pasien mau melakukan teknik terapi (ROM) pasif ekstremitas atas Kemampuan melakukan ADLs: sepenuhnya dibantu oleh keluarga/perawat.

#### **4.2.1.3 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi**

- 1) Pola nafas tidak efektif adalah keadaan ketika seseorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual dan potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernapasan ( Carpenito, Lynd Juall 2007 hal.383) .

Berdasarkan hasil pengkajian tentang pola napas tidak efektif didapatkan dari data pasien 1 tersebut terjadi peningkatan frekuensi pernapasan dari batas normal RR: 16-20 x/mt yaitu pasien 1 RR: 36x/mt. Data objektif Oksigen yang diberikan ialah NRM 12 Lpm. Pasien tampak sesak nafas, tampak penggunaan otot bantu pernapasan, tampak pernafasan cuping hidung, terdengar suara ronkhi basah, inspirasi lebih panjang, ekspirasi menurun, pola nafas dyspnea, terlihat susah untuk bernafas.

- 2) Pada kasus pasien 1 terjadi pola nafas tidak efektif yaitu sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pola nafas tidak efektif merupakan keluhan yang muncul pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Dimana pola nafas tidak efektif dipicu oleh karena terjadi penyumbatan suplai darah yang mengandung oksigen menjadi terganggu dan menyebabkan hipoksia. Tubuh terus menerus merespon akibat hipoksia tersebut untuk menghirup O<sub>2</sub> sehingga terjadi sesak nafas.
- 3) Pemberian Terapi Oksigen pada pola napas tidak efektif dapat memberikan oksigenasi lebih baik. Dimana dalam teori ada 2 aliran pemberian terapi Oksigen yaitu aliran rendah 1-6 liter/menit dan aliran tinggi 6-15 liter/menit. Disini penulis memberikan terapi oksigen aliran tinggi pada pasien 1 yaitu 12 Liter dengan menggunakan NRM Non Rebreathing Masker. Menggunakan terapi oksigen dapat memberikan oksigenasi lebih baik dan dapat menurunkan tingkat pernafasan yang lebih rendah (Roca, et al, 2010: 408-413). Selain itu posisi semifowler menurut supadi, dkk (2008) dalam jurnal safitri, (2011)

posisi semifowler dapat memberikan kenyamanan dan membantu memperingan kesukaran bernafas

- 4) Penulis berasumsi bahwa terjadinya pola napas tidak efektif diakibatkan karena terjadi penyumbatan suplai darah yang mengandung oksigen menjadi terganggu dan menyebabkan hipoksia. Dengan demikian kondisi sesak ini muncul dan meningkat pada kondisi tertentu, seperti stress atau kelelahan fisik. Kondisi ini akan membaik seiring berjalannya proses pengobatan. Salah satu cara yang dilakukan penulis untuk mengatasi pola napas tidak efektif ialah dengan cara memposisikan pasien dengan posisi nyaman seperti semifowler atau fowler selain itu dapat dengan dilakukan pemberian terapi oksigen pada kondisi sesak. Evaluasi pada pasien 1 setelah dilakukannya tindakan selama 5 hari pasien masih terlihat sesak lagi RR : 29x/mt terdengar bunyi napas tambahan ronkhi basah, adanya pernafasan cuping hidung, adanya penggunaan otot bantu pernafasan maka masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.

#### **4.2.1.4 Bersihan jalan nafas tidak efektif (D0001) berhubungan dengan Hipersekresi jalan nafas**

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan saluran pernafasan dalam membersihkan sekret atau obstruksi yang bertujuan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Dari hasil pengkajian di dapat hanya pasien 1 yang terdiagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dengan data objektif terdengar suara ronkhi basah, sekret berwarna putihan, pola nafas dispneu

- 2) menurut Satyanegara (2011) Komplikasi dengan pasien stroke dengan tirah baring lama akibat dari mobilitas fisik dapat menyebabkan timbulnya sekret pada mukosa saluran pernafasan. Sekret susah dikeluarkan pada posisi rekumben dan akan berkumpul di daerah dependan pada dinding bronchial. Akumulasi secret ini lama-kelamaan akan menjadi kering. Ini menyebabkan cilia tidak efektif dalam mengeluarkan sekret. Penanganan pada ini apda pasien 1 yaitu melakukan nebulizer agar sekret di mukosa saluran nafas berkurang, dan melakukan suction agar sekret dapat di keluarkan.
- 3) Menurut penulis, antara teori dan pengkajian yang telah didapatkan dari pasien sudah sesuai dan hanya 1 pasien yang mempunyai diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif, dijelaskan diteori sama karna komplikasi dari stroke karena terlalu lama tirah baring akibat adanya gangguan mobilitas fisik dapat menyebabkan timbulnya sekret, Evaluasi yang dilakukan pada 1 pasien selama 5x8 jam dengan hasil data objektif terdengar suara roncki basah, Pasien sudah dilakukan nebulizer dan suction lendir, Terpasang NRM 12 lpm, Irama nafas 32x/m, Ada pernafasan cuping hidung. Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi.

#### **4.2.1.5 Risiko luka tekan (D0144) berhubungan dengan Penurunan mobilitas**

- 1) Risiko luka tekan adalah rentan mengalami kerusakan epidermis dan atau dermis yang dapat mengganggu kesehatan NANDA (2015). Berdasarkan data di atas di peroleh hasil pengkajian pada pasien 1 yaitu tingkat kesadaran sopor pada pasien 2 apatis, penilaian risiko dekubitus dari kedua pasien

dengan hasil yang sama 10, data dari kedua pasien memiliki perbedaan pada pasien 1 belakang punggungnya harus diberikan bedak agar tidak bekeringat, keadaan selalu lembab, tidak bisa beraktivitas karna adanya penurunan kekuatan otot dan kesadaran, pasien 1 harus di lakukan miring kanan-kiri tiap 2 jam sekali untuk mencegah dekubitus terjadi, sedangkan pasien 2 diberikan bedak namun tidak berkeringat, karna pasien miring kanan-miring kiri.

- 2) menurut Al Rasyid & Misbach (2015) biasanya bagian-bagian tubuh yang menonjol seperti pantat, tulang belakang, tulang skapula, dan tumit berisiko tinggi terjadi luka. Dekubitus dapat terjadi pada setiap umur dan masalah, khususnya pada dengan masalah immobilitas yaitu pada pasien stroke, immobilitas penyebab luka dekubitus dikarenakan salah satu bagian tubuh berada pada suatu gradien (titik perbedaan antara dua tekanan), jaringan yang lebih dalam dan dekat tulang, terutama jaringan otot dengan suplai darah yang baik, akan bergeser dan tetap dipertahankan pada permukaan kontak adanya peningkatan friksi yang juga didukung oleh kelembaban.
- 3) Menurut penulis, antara teori dan pengkajian yang telah didapatkan dari pasien sudah sesuai, karena tanda dan gejalanya sama, antara lain pasien kedua pasien mempunyai kondisi adanya immobilitas fisik. Dan memiliki perbedaan 1 pasien selalu keadaan punggung lembab, sedangkan pasien 2 keadaan punggung kering. Tindakan yang di lakukan, Monitor suhu kulit yang tertekan, Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat Evaluasi yang dilakukan pada pasien 1 selama 5x8 jam dengan hasil data objektif di dapat punggung tampak lembab, terkadang dilakukan miring kanan-miring kiri

setiap 2 jam sekali ketika punggung lembab selalu di berikan bedak bayi. Evaluasi yang dilakukan pada pasien 2 selama 5x8 jam dengan hasil data objektif di dapat punggung tampak kering, pasien gelisah dapat melakukan pergerakan miring kanan dan kiri dan dari kedua pasien tidak tampak ada luka dekubitus (luka tekan). masalah risiko luka tekan teratasi sebagian kemudian untuk tindakan selanjutnya pertahankan intervensi

#### **4.2.1.6 Risiko jatuh (D0143) berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran**

- 1) Risiko jatuh adalah kondisi yang berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh misal dari faktor risiko usia  $\geq 65$  tahun pada dewasa atau  $\leq 2$  tahun (pada anak), riwayat jatuh sebelumnya, penggunaan alat bantu, penurunan tingkat kesadaran, penurunan kekuatan otot, dan lain-lain SDKI (2018). Berdasarkan data di atas di peroleh hasil pengkajian pada pasien 1 pada awal pengkajian pasien mengalami kelemahan anggota gerak, pada saat bangun tidur ingin ke kamar mandi pasien terjatuh, perlahan-lahan kesadaran pasien mulai menurun. Pada pasien 2 awal pengkajian pasien mengeluh pusing kepala pada saat bangun tidur, tiba-tiba anggota gerak atas menjadi lemah ketika di bawa ke rumah sakit pasien perlahan-lahan bicaranya menjadi tidak jelas ditanya hanya mengerang saja.
- 2) menurut Johnson (2013) bahwa risiko jatuh pada stroke disebabkan oleh penurunan kesadaran oleh fungsi otak terganggu pada tubuh sehingga aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena adanya penyumbatan akibat gumpalan darah di otak, maka akan terjadi kekurangan

O2 ke jaringan otak sehingga menyebabkan nyeri kepala, hemiparalisis, lalu terjadi penurunan kesadaran.

- 3) Menurut penulis, antara teori dan pengkajian yang telah didapatkan dari pasien sudah sesuai, karna penurunan kesadaran oleh fungsi otak terganggu pada tubuh sehingga aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena adanya penyumbatan akibat gumpalan darah di otak pada gejala awal dari kedua pasien ini kondisi adanya kelemahan anggota gerak, lalu perlahan-lahan hilang kesadaran. Evaluasi yang dilakukan pada pasien 1 selama 5x8 jam dengan hasil data objektif dapat perbedaan di tingkat kesadaran, sama hasil evaluasi di kedua pasien yaitu hanya berbaring saja di tempat tidur, pagar pengaman terpasang aman, kunci roda yempat tidur terpasang. Masalah risiko jatuh teratasi sebagian, pertahankan intervensi

#### **4.2.1.7 Defisit perawatan diri (D0109) berhubungan dengan Kelemahan fisik**

- 1) Defisit perawatan diri : hygiene, mandi, atau toileting adalah hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas hygiene, mandi dan toiling secara mandiri NANDA (2015). Berdasarkan hasil pengkajian diatas tentang defisit perawatan diri didapatkan dari kedua pasien data yang sama untuk perawatan seperti oral hygiene, memandikan di bantu oleh keluarga atau perawat. Pasien tidak mampu merawat dirinya karna kekuatan otot yang menurun, keadaan umum lemah, kesadaran tidak compos mentis.
- 2) menurut Satyanegara (2011) bahwa defisit perawatan diri pasien dengan penyakit stroke disebabkan oleh kelemahan fisik yang disebabkan oleh

penurunan mobilitas yang disebabkan embolis yang menyebabkan pembuluh darah dan terjadi iskemia sel-sel otak yang menimbulkan stroke yang menyerang pembuluh darah otak bagian depan mengakibatkan penurunan kekuatan otot (hemiparesis) sehingga hilangnya kekuatan otot yang akhirnya menimbulkan penurunan mobilitas fisik, tindakan pada kedua pasien ini dilakukan rutinitas perawatan diri pada kedua pasien seperti oral hygiene, memandikan dll.

- 3) Menurut penulis, antara teori dan pengkajian yang telah didapatkan dari pasien sudah sesuai dikarenakan embolis yang menyebabkan pembuluh darah dan terjadi iskemia sel-sel otak yang menimbulkan stroke yang menyerang pembuluh darah otak bagian depan mengakibatkan penurunan kekuatan otot kedua pasien memiliki gejala yaitu kelemahan fisik. Evaluasi yang di dapat selama dilakukan tindakan selama 5x8 jam dari data objektif keadaan pasien 1 lemah dan keadaan pasien 2 gelisah untuk masalah BAK pasien 1 menggunakan kateter BAB, mandikan, dan oral hygiene di bantu oleh perawat, pada pasien 2 BAK,BAB, memandikan, oral hygiene pasien juga dibantu oleh perawat.

#### **4.2.1.8 Defisit pengetahuan (D0111) berhubungan dengan Kurang terpapar informasi**

- 1) Desitit pengetahuan merupakan ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu NANDA (2015). Penulis mengakat diagnosa ini karena dari pengkajian di antara keluarga pasien 1 dan 2 kurang mengetahui tentang penyakitnya saat dokter memberikan penjelasan yaitu

sumbatan pada daerah aliran darah yang dikarenakan hipertensi, untuk tanda dan gejala, komplikasi, serta pencegahan pasien belum tahu tentang penyakit yang dideritanya saat ini. Pendidikan dari kedua keluarga pasien ini, pada pasien 1 pendidikannya adalah SMA, pendidikan pada keluarga pasien 2 ini adalah SMP.

- 2) Notoadmojo (2010) terjadinya defisit pengetahuan, Karena tingkat ketidaktahuan pasien dan keluarga mengenal masalah dan kurangnya terpapar informasi serta kurangnya mencari informasi masalah penyakit. Dengan itu Pendidikan kesehatan dapat berperan untuk merubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Perubahan perilaku yang diharapkan adalah dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan., mencegah risiko terjadinya sakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat sehingga perubahan perilaku merupakan hasil dari pendidikan kesehatan
- 3) Berdasarkan pendapat penulis, terhadap kesamaan dan kesenjangan antara kasus peneliti temukan dengan teori yang dikemukakan pada keluarga pasien Penyakit Stroke Non Hemoragik terdapat kesamaan jika keluarga belum mengerti tentang penyakit stroke, tanda dan gejala stroke, mengapa terjadi adanya stroke. Memiliki perbedaan untuk cepat memahami tentang masalah penyakit. Evaluasi yang di dapat selama dilakukan tindakan selama 2x8 jam dari data objektif pada keluarga mengatakan sudah paham akan tentang penyakit stroke cara pencegahanya tanda dan gejala stroke itu bisa terjadi. Evaluasi yang di dapat selama dilakukan tindakan selama 4x8 jam dari data

objektif pada keluarga pasien lambat memahami tentang penyakit pasien ketika udah di berikan penyuluhan kesehatan dan keluarga mengatakan sudah paham setelah di lakukan penyuluhan tentang penyakit stroke. Masalah defisit pengetahuan teratasi.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Hasil pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 didapatkan data pasien pada awal gejala mengeluh adanya kelemahan anggota gerak pada ekstremitas atas disertai dengan sakit kepala, perlahan-lahan tingkat kesadaran di kedua pasien menurun pada saat menuju kerumah sakit.

5.1.2 Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada kedua pasien yaitu Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Aliran darah ke otak tersumbat, Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Aliran darah ke otak tersumbat, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilitas, resiko jatuh berhubungan dengan Kekuatan otot menurun→Penurunan tingkat kesadaran, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

5.1.3 Perencanaan yang digunakan untuk mengatasi masalah Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral pada kedua pasien yaitu memonitor tanda-tanda vital dan memantau tingkat kesadaran pasien, pada gangguan mobilitas fisik pada kedua

pasien yaitu melakukan terapi aktivitas seperti ROM pasif pada kedua pasien, pada resiko luka tekan pada kedua pasien dilakukan memonitor suhu kulit yang tertekan, mengeringkan daerah yang lembab, ubah posisi 1-2 jam sekali dan jaga seprai tetap kering, pada risiko jatuh pada kedua pasien dilakukan memasang handrall pada tempat tidur dan selalu menjaga kunci roda pengaman di tempat tidur terpasang, pada defisit perawatan diri kedua pasien dijadwalkan untuk rutinitas perawatan diri pada kedua pasien, lalu pada defisit pengetahuan pada keluarga dan pasien dilakukan identifikasi kesiapan klien/ keluarga untuk menerima informasi yang didapat, mengedukasi materi dan media pendidikan kesehatan kemudian berikan kesempatan untuk bertanya perihal tentang penyakit.

5.1.4 Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dan dilakukan pada kedua pasien subjek pada tanggal 8 April 2019 - 12 April 2019

5.1.5 Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan pada evaluasi yang peneliti lakukan selama 5 hari pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa keperawatan ketidak efektifan perfusi jaringan serebral gangguan mobilitas fisik, resiko luka tekan, resiko jatuh, defisit perawatan diri, dan defisit pengetahuan diharapkan pemantauan tekanan intrakranial sesuai yang diharapkan dan adanya peningkatan kesadaran, terdapat dukungan mobilisasi sesuai terapi yang diberikan kedua pasien, klien atau keluarga dapat menjaga kulit klien tetap dengan keadaan kering, tidak ada kejadian jatuh, memahami tentang edukasi penyakit stroke Non hemoragik.

5.1.6 Berdasarkan hasil evaluasi yang didapat pasien 1 dan pasien 2 ditemukan perbedaan yaitu tekanan darah, kekuatan otot, tingkat kesadaran dan tingkat pengetahuan.

## **5.2 Saran**

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

### **5.2.1 Bagi pasien**

Diharapkan pasien dapat memonitor tekanan darah, meningkatkan kesadaran, meningkatkan kekuatan otot pasien disertai tingkat pengetahuan tentang Stroke Non Hemoragik.

### **5.2.2 Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi refensi bacaan ilmiah untuk pendidikan berikutnya yang sejenisnya asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Stroke Non Hemoragik.

### **5.2.3 Manfaat bagi penulis**

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalam sebagai bahan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non hemoragik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amir Huda (2015). *Aplikasi Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC* :jakarta:Mediaction
- Arie Ibrahim, (2017), *Ibarat Bom Waktu, Strokke di Kaltim Semakin Mengkhawatirkan. Kaltim post.* Diakses :29 november 2018
- Auryn, virzara (2009). *Mengenal dan Memahami Strok.* Jogjakarta : Kata Hati
- Black joyce. M & Jane Hokanse Hawks, 2014. *medical Surgical Nursing Vol 2.* Jakarta :salemba medika
- Brunner & Suddarth. 2001. *Keperawatan medikal bedah.* Edisi 8. EGC, Jakarta.
- Bouziana,S.D.,& Tziomalos,K.(2011). Malnutrition in parient with acute stroke. *Jurnal Of Nutrision and Metabolism,2011*  
<http://doi.org/10.1155/2011/167898> diakses: 4 desember 2018 jam 22:49
- Carpenito ,L .J.2007. *buku saku diagnosa keperawatan Edisi 10.* jakarta, EGC
- DPP PPNI,T.P.S. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Herdman T. Heather (2015) *NANDA Internationan Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017* : Jakarta, ECG
- Hermina Desiane Hsdtini Uda, Muflih, thomas Aquaino Erjinyuare Amigo (2016). *latihan ROM berpengaruh dalam terhadap mobilitas fisik, yogyakarta.*  
Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia, Vol 4 no 3
- Junaidi, iskandara. (2011) *stroke, waspadai ancamanya.* Yogyakarta :ANDI
- Kementrian kesehatan RI (2013).*Presiden Resmikan RS Pusat Otak Nasional.*  
<http://www.depkes.go.id/article/view/201407200001/presiden-resmikan-rs-pusat-otak-nasional.html>. diakses 25 november 2018
- Nabyl R.A. 2012. *Deteksi Dini Gejala dan Pengobatan Stroke.* Yogyakarta : Auliya Publishing
- Notoatmodjo, S (2003) *metodologi penelitian kesehatan.* Jakarta. PT Renika cipta

Rhoads,j. & meeker, B.J (2008)  *Davids guide to clinical nursing skills*. Philadelphia: F.A Davis Company

Potter & perry, 2006, Buku ajar fundamental keperawatan edisi 4, EGC, Jakarta.

Price S.A, Lorraine MW. Patophysiology, konsep klinis proses-proses penyakit. EGC, Jakarta.

Satyanegara. (2010)  *ilmu Bedah saraf EDISI IV* tengerang: gamedia pustaka utama

Sunaryanti, septi shinta,(2011).  *14 penyakit paling sering menyerang dan sangat mematikan*, jogjakarta,:flashbook

Sudoyo Aru,dkk (2009),  *Buku ajar keperawatan medikal bedah. Brunner & suddart edisi 8volume 1.2.3*. jakarta :EGC

Smeltzer,S.C., Bare,B.G., Hinkle J.L & cheeve.K.H (2008). Brunner & Suddarth's textbook of medical-sugacal nursing.11<sup>th</sup> Edition.Philadelphia : Lippincott William & Wilkins

WHO, (2012). WHO.  *WHO STEPS Stroke manual : The WHO STEP Wise Approach to Stroke Surveilence*

