

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT



OLEH:

Samudra Nur Khalid

NIM P07220117071

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep.)

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH:

Samudra Nur Khalid

NIM P07220117071

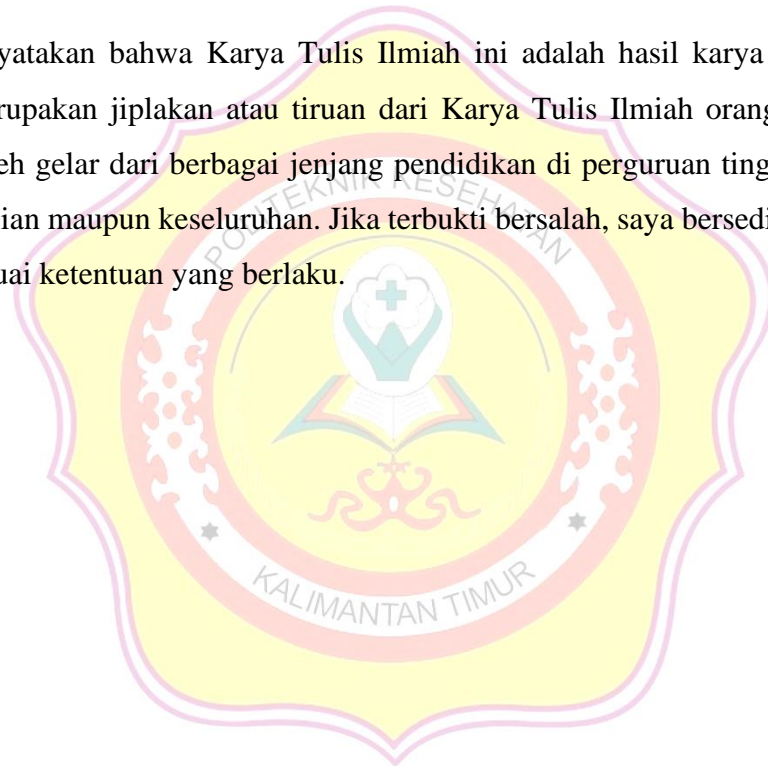
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

SAMARINDA

2020

SURAT PERNYATAAN

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



Balikpapan, 8 Mei 2020

Yang menyatakan

Samudra Nur Khalid

NIM. P07220117071

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 12 Mei 2020



Nurhayati, S.ST., M.Pd
NIDN. 4024016801

Mengetahui,

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

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

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK YANG DIRAWAT DI RUMAH
SAKIT
Telah Diuji

Pada Tanggal 12 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd (.....)
NIDN. 4020027901

Penguji Anggota:

1. **Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd** (.....)
NIDN. 4008047301

2. **Nurhayati, S.ST., M.Pd** (.....)
NIDN. 4024016801

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan
Timur

Ketua Program Studi D III
Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kalimantan Timur,

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

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Samudra Nur Khalid
Tempat Tanggal Lahir : Samarinda, 19 Agustus 1999
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Jl. Gunung Batu Sungkur no 01
Bontang Utara

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2005-2011 : SD 2 YPK Bontang utara
2. Tahun 2011-2014 : SMP IT Yabis Bontang Utara
3. Tahun 2014-2017 : SMk Putra Bangsa Bontang Selatan
4. Tahun 2017-sekarang : Mahasiswa Podi DIII-Keperawatan
Samarinda Poltekkes Kalimantan
Timur

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala, yang telah diberikan, saya sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan kelulusan Program Diploma III Keperawatan Samarinda kelas C Balikpapan jurusan keperawatan poltekkes kemenkes kaltim dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik yang dirawat di rumah sakit”

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah, saya banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Dr. Edy Iskandar, Sp.PD.,FINASIM.,MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis Arming G, S. Kep, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M. Kep.,Sp. Kep. Mat, selaku penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Samarinda jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
6. Ns. Asnah, S. Kep, M.Pd selaku Dosen Pembimbing I dalam penyelesaian laporan karya tulis ilmiah.
7. Nurhayati, S.ST., M.Pd selaku Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian laporan karya tulis ilmiah.
8. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
9. Rekan-rekan mahasiswa/I jurusan keperawatan Prodi D-III Keperawatan Samarinda Poltekkes kemenkes kaltim.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Balikpapan, 8 Mei 2020

Samudra Nur Khalid

ABSTRAK

“LITERATUR REVIEW ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ANGSOKA DAN DI RUANG SYAITU RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”

Pendahuluan : Stroke merupakan penyakit degeneratif yang dapat mematikan, penyakit stroke terbagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik terjadi karna tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti menurut Pudiastuti (2014) Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran dan memahami secara mendalam mengenai Asuhan Keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode review kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil sampel sebanyak 2 responden yang dirawat di ruang Angsoka dan di ruang syaitu RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan.

Hasil dan Pembahasan : Pada subjek 1 dan subjek 2 ditemukan masalah yang sama yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, dan Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diagnosa lain yang berbeda adalah Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskuler, Defisit perawatan diri b.d kelemahan, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, dan Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli.

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

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Persyaratan	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dasar Stroke Non Hemoragik.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Etiologi.....	7
3. Anatomi.....	8
4. Patofisiologi	9
5. Manifestasi klinis	11
6. klasifikasi	11
7. Pencegahan dan penanganan.....	13
8. Pemeriksaan diagnostik	17
9. Pathway	18

B. Konsep Asuhan Keperawatan	19
------------------------------------	----

BAB 3 METODE PENELITIAN

1. Pendekatan	44
2. Subyek Studi Kasus	44
3. Batasan Istilah	45
4. Lokasi dan Waktu Penelitian	45
5. Prosedur Studi Kasus	46
6. Metode dan Instrument Pengumpulan Data.....	46
7. Keabsahan Data	47
8. Analisis Data.....	48

BAB 4: HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	50
B. Pembahasan.....	84

BAB 5: KESEIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	97
B. Saran	99

Daftar Pustaka

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway stroke non hemoragik.....	18
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 intervensi keperawatan.....	35
Tabel 4.1 hasil anamnesis pasien	51
Tabel 4.2 hasil pemeriksaan penunjang pasien 1 (Tn.R)	58
Tabel 4.3 hasil pemeriksaan penunjang pasien 2 (Tn.S)	58
Tabel 4.4 obat yang diterima pasien 1 (Tn.R)	59
Tabel 4.5 obat yang diterima pasien 2 (Tn.S)	59
Tabel 4.6 analisa data pasien 1 (Tn.R).....	60
Tabel 4.7 diagnosa keperawatan pasien 1 (Tn.R)	61
Tabel 4.8 perencanaan keperawatan pasien 1 (Tn.R)	62
Tabel 4.9 pelaksanaan keperawatan pasien 1 (Tn.R)	65
Tabel 4.10 evaluasi keperawatan pasien 1 (Tn.R)	67
Tabel 4.11 diagnosa keperawatan pasien 2 (Tn.S)	75
Tabel 4.12 perencanaan keperawatan pasien 2 (Tn.S)	78
Tabel 4.13 pelaksanaan keperawatan pasien 2 (Tn.S) ..	79
Tabel 4.14 evaluasi keperawatan pasien 2 (Tn.S)	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi otak	8
-------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar konsultasi
Lampiran 2	Literatur 1 karya tulis ilmiah Titania
Lampiran 3	Literatur 2 karya tulis ilmiah Linda Nurdiana

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

World Health Organization (WHO) merumuskan konsep sehat secara global, yaitu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan. Dalam definisi ini sehat bukan sekedar terbebas dari penyakit atau cacat. Orang yang tidak berpenyakit pun tentunya belum tentu dikatakan sehat. Dia semestinya dalam keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial (WHO, dalam Dwi, Triyono, & Herdiyanto, 2017).

Pemerintah Indonesia sadar akan pentingnya hidup sehat, salah satu program pemerintah untuk mencapai hidup sehat yaitu GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). GERMAS merupakan suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup (Kemenkes, 2017).

Kualitas gaya hidup manusia semakin hari semakin berkembang mengikuti perkembangan zaman. Kebiasaan buruk di zaman sekarang yaitu seringkali memakan makanan cepat saji, ditambah lagi kehidupan yang disertai stres dan kurangnya aktifitas fisik terutama di kota-kota besar yang membuat gaya hidup menjadi tidak sehat (Khazanah, 2012).

Gaya hidup yang tidak sehat dapat menimbulkan terjadinya penyakit salah satunya penyakit degeneratif yang terjadi akibat menurunnya kinerja secara bertahap pada sel sel tubuh yang berdampak kepada fungsi organ kerjanya secara umum (Noya, 2018).

Stroke merupakan penyakit degeneratif yang dapat mematikan, penyakit stroke terbagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik terjadi karna tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini. Penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri menuju otak (Pudiastuti, 2014).

Di dunia stroke non hemoragik adalah jenis stroke terbanyak yang menyerang populasi orang kulit putih yang mencapai 80% jumlah populasi. Persentase stroke non hemoragik juga tinggi pada populasi asia tapi dengan proporsi stroke perdarahan intrakranial yang lebih tinggi daripada populasi orang kulit putih yaitu sekitar 20-30% terkena stroke perdarahan intrakranial. Dari data South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC) diketahui bahwa angka kematian stroke terbesar di Asia Tenggara terjadi di Indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand. Di Indonesia, prevalensi stroke meningkat dari 8,3 per 1000 pada tahun 2007 menjadi 12,1 per 1000 pada tahun 2013 (Putri, 2018).

Penyebab stroke ada 3 faktor yaitu faktor resiko medis, faktor resiko perilaku, dan faktor lain. Jika penyakit stroke tidak ditangani dengan segera, maka penderita stroke akut akan mengalami kesulitan dalam berbicara atau menelan, dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Sejumlah kecil pasien yang menderita stroke berat bahkan bisa jatuh ke dalam kondisi koma. Lebih dari 50% pasien stroke tidak bisa kembali bekerja. Terlepas dari penurunan fungsi fisik yang disebabkan oleh jaringan otak yang rusak, komplikasi umum yang disebabkan oleh stroke mencakup pneumonia, gangguan menelan, rasa sakit akibat tekanan , pembengkakan jaringan otak, masalah kesehatan pada bahu, dan berbagai macam komplikasi lainnya (Authority, 2018).

Upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi penyakit stroke harus bersifat umum, khusus, rehabilitasi, serta rencana pemulangan pasien. Masalah keperawatan yang sering muncul pada penderita stroke non hemoragik adalah nyeri akut, ganggu integritas kulit, gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi sensori, risiko defisit nutrisi, dan gangguan mobilitas fisik. Usaha yang dapat dilakukan mencakup pelayanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif, sampai dengan rehabilitatif. Dalam hal ini peran perawat sangatlah penting dalam proses penyembuhan stroke pada pasien agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Selain itu seorang perawat juga dapat memberikan asuhan keperawatan berupa support system, dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat

kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Perawat membantu aktifitas sehari-hari dan memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan anggota keluarga dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan (Yuliono, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari studi pendahuluan yang dilakukan prevelensi kasus stroke non hemoragik diruang unit stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo dalam 1 tahun terakhir tahun 2019 mengalami peningkatan dan penurunan, dibulan Januari 2019 terdapat 77 kasus, dibulan Februari 2019 terdapat 92 kasus, dibulan Maret 2019 tercatat 93 kasus, dibulan April 2019 tercatat 47 kasus, dibulan Mei 2019 tercatat 38 kasus, dibulan Juni 2019 terdapat 51 kasus, dibulan Juli 2019 terdapat 72 kasus, dibulan Agustus 2019 terdapat 64 kasus, dibulan September 2019 terdapat 61 kasus, dibulan Oktober 2019 terdapat 50 kasus, dibulan November 2019 terdapat 55 kasus, dan dibulan Desember 2019 terdapat 54 kasus stroke diruang unit stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik pada ruangan unit stroke RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka rumusan masalah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien Tn.x di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020?”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik yang dirawat di rumah sakit?

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji klien dengan stroke non hemoragik diruang unit stroke RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik diruang unit stroke RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik di ruang unit stroke RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik diruang unit stroke RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik diruang unit stroke RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke non hemoragik.

2. Bagi tempat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang Pelayanan Kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke non Hemoragik sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke non hemoragik secara langsung

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Stroke Non Hemoragik

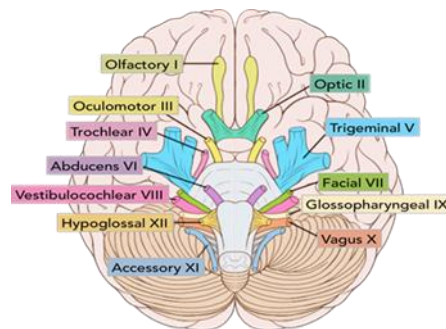
1. Definisi

Stroke merupakan penyakit degeneratif yang dapat mematikan, penyakit stroke terbagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik terjadi karna tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini. Penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri menuju otak.

2. Etiologi

etiologi sub kelompok stroke iskemik yang pertama dijelaskan pada tahun 1958 oleh Institut Nasional untuk Gangguan Neurologis dan Kebutaan Laporan penyakit serebrovaskular. Subkelompok etiologi stroke iskemik pada waktu itu disebut "trombosis dengan aterosklerosis", "embolisme serebral", "penyebab lain" dan "infark serebral dengan asal yang tidak ditentukan".

3. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Otak

a. Otak Besar (Serebrum)

Merupakan bagian terbesar dan terdepan dari otak manusia. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktivitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelegensi), ingatan (memori), kesadaran, dan pertimbangan. Otak besar terdiri atas Lobus Oksipitalis sebagai pusat pendengaran, dan Lobus frontalis yang berfungsi sebagai pusat kepribadian dan pusat komunikasi.

b. Otak Kecil (Serebelum)

Mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh. Bila ada rangsangan yang merugikan atau berbahaya maka gerakan sadar yang normal tidak mungkin dilaksanakan. Otak kecil juga berfungsi mengkoordinasikan gerakan yang halus dan cepat.

c. Otak Tengah (Mesensefalon)

Terletak di depan otak kecil dan jembatan varol. Otak tengah berfungsi penting pada refleks mata, tonus otot serta fungsi posisi atau kedudukan tubuh.

d. Otak Depan (Diensefalon)

Terdiri atas dua bagian, yaitu thalamus yang berfungsi menerima semua rangsang dari reseptor kecuali bau, dan hipotalamus yang berfungsi dalam pengaturan suhu, pengaturan nutrisi, penjagaan agar tetap bangun, dan penumbuhan sikap agresif.

4. Patofisiologi

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

pecah dan mengakibatkan stroke hemoragik. (Nurarif dan Hardhi, 2015, modifikasi)

Dampak dari stroke non hemoragik yaitu suplai darah ke jaringan serebral non adekuat dan dampak dari stroke hemoragik terdapat peningkatan tekanan sistemik. Kedua dampak ini menyebabkan perfusi jaringan serebral tidak adekuat. Pasokan oksigen yang kurang membuat terjadinya vasospasme arteri serebral dan aneurisma. Vasospasme arteri serebral adalah penyempitan pembuluh darah arteri cerebral yang kemungkinan akan terjadi gangguan hemisfer kanan dan kiri dan terjadi pula infark/iskemik di arteri tersebut yang menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Aneurisma adalah pelebaran pembuluh darah yang disebabkan oleh otot dinding di pembuluh darah yang melemah hal ini membuat di arachnoid (ruang antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak) dan terjadi penumpukan darah di otak atau disebut hematoma kranial karena penumpukan otak terlalu banyak, dan tekanan intra kranial menyebabkan jaringan otak berpindah/ bergeser yang dinamakan herniasi serebral. (Nurarif dan Hardhi, 2015, modifikasi)

Pergeseran itu mengakibatkan pasokan oksigen berkurang sehingga terjadi penurunan kesadaran dan resiko jatuh. Pergeseran itu juga menyebabkan kerusakan otak yang dapat membuat pola pernapasan tak normal (pernapasan cheynes stokes) karena pusat pernapasan berespon berlebihan terhadap CO₂ yang mengakibatkan pola napas tidak efektif dan resiko aspirasi. (Nurarif dan Hardhi, 2015, modifikasi)

5. Manifestasi Klinis

stroke bisa menyebabkan dampak yang sangat serius, apabila terjadi tanda-tanda peringatan berikut, maka konsultasi dengan dokter harus segera dilakukan untuk meminimalkan gejala sisa stroke (defisit yang dihasilkan dari penyakit atau insiden sebelumnya):

- a. Ketidak mampuan untuk berbicara dengan jelas atau mengalami kesulitan untuk berbicara
- b. Sensasi mati rasa secara tiba-tiba dan bersifat sementara, kelemahan atau kelumpuhan salah satu lengan, satu kaki atau setengah dari wajah (biasanya terjadi di sisi yang sama)
- c. Penglihatan yang kabur secara tiba-tiba atau penurunan kualitas penglihatan pada satu mata
- d. Sakit kepala yang parah secara tiba-tiba
- e. Gangguan keseimbangan tubuh dan koordinasi tangan dan kaki atau terjatuh secara tiba-tiba tanpa alasan yang jelas
- f. Rasa pusing atau pingsan tanpa alasan yang jelas • Inkontinensia (buang air kecil secara spontan)

6. Klasifikasi

Stroke secara luas diklasifikasikan menjadi dua yaitu:

1) Stroke Non hemoragik

Delapan puluh persen kasus stroke berasal dari proses iskemik dan disebabkan oleh sumbatan trombotik atau tromboembolik pada arteri.

Lokasi tersering asal bekuan darah yaitu arteri serebral ekstrakranial,

jantung (fibrilasi atrial, penyakit katup mitral, thrombus ventricular kiri), arteri kecil yang mempenetrasi pada otak (stroke lakunar), dan plak arkus aorta. Stroke iskemik dibagi menjadi atetotrombosis arteri besar, emboli otak, stroke lakunar, dan hipoperfusi sistemik. Stroke iskemik biasanya berupa defisit neurologis fokal sesuai dengan distribusi pembuluh darah tunggal. Temuan dapat bervariasi, dan mungkin terdapat perburukan progresif atau berkurangnya fungsi neurologis dalam pola seperti tangga. Muntah dan berkurangnya kesadaran jarang terjadi.

2) Stroke Hemoragik,

Stroke ini dapat dibedakan secara mudah menjadi perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, dan perdarahan subdural/ektradural berdasarkan gambaran klinis dan CT scan. Perdarahan subaraknoid adalah perdarahan yang menunjukkan gejala nyeri kepala hebat mendadak, terhentinya aktivitas, dan muntah tanpa tanda-tanda neurologis fokal. CT scan menunjukkan darah dalam rongga subaraknoid dan sisterna serebri, serta cairan spinal selalu mengandung darah. Perdarahan intraserebral menunjukkan gejala neurologis fokal. Nyeri kepala, muntah, dan menurunnya kesadaran sering terjadi pada perdarahan yang lebih luas, CT scan dan MRI menunjukkan hematoma di dalam otak. Sedangkan perdarahan subdural dan ektradural biasanya disebabkan trauma kepala. Lesi terjadi diluar otak, baik didalam (subdural) maupun di luar (ekstradural) dura mater.

7. Pencegahan dan Penanganan

Belum ada obat yang diidentifikasi bisa mengobati stroke dengan cara yang benar-benar aman, handal, dan efektif. Banyak tindakan pengobatan yang masih berada dalam tahap penelitian. Tindakan bedah bisa membantu mengobati beberapa jenis stroke saja. Perawatan modern difokuskan pada pencegahan dan pengobatan komplikasi stroke, serta memulai program rehabilitasi yang direncanakan sesegera mungkin. Perawatan pada tahap akut.

(1) Obat

- a. obat anti-trombosit: untuk mencegah pembentukan gumpalan darah, misalnya Aspirin
- b. antikoagulan: untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin, Warfarin
- c. agen trombolitik: diterapkan pada infark serebral yang telah terjadi tidak lebih dari beberapa jam sebelumnya
- d. Untuk pasien yang menderita edema serebral (pembengkakan jaringan otak) yang disebabkan oleh stroke berat, dokter mungkin meresepkan obat-obatan seperti Manitol dan Gliserol untuk menurunkan tekanan intrakranial
- e. Obat-obatan tertentu dalam uji klinis bisa melindungi sel-sel otak dari kematian dalam jumlah yang besar, namun saat ini belum ada obat dalam tahapan uji klinis yang terbukti efektif.

(2) Operasi Bedah

Tidak semua pasien yang menderita stroke hemoragik perlu menjalani tindakan operasi bedah. Tergantung pada ukuran, lokasi, dan kedalaman hematoma (pengumpulan darah di luar pembuluh darah) dan apakah stroke diikuti dengan pembengkakan jaringan otak dan kondisi pasien secara keseluruhan, dll. Operasi bedah bisa membuang hematoma untuk menurunkan tekanan intrakranial (tekanan di dalam tengkorak) pada pasien yang mengalami stroke hemoragik. Tindakan operasi juga bisa memotong aneurisma (pembengkakan pembuluh darah di otak seperti balon) untuk mencegah perdarahan lebih lanjut. Untuk stroke iskemik (stroke karena kurangnya pasokan darah), tindakan operasi juga bisa dilakukan untuk membuang bagian intima dari arteri karotis, untuk mencegah kambuhnya stroke. Dengan kemajuan teknologi non-invasif, pengobatan berbasis kateter bisa dilakukan untuk melebarkan penyempitan pembuluh darah di leher atau untuk menutup aneurisma pembuluh darah di dalam otak.

(3) Pengobatan Terpadu di Unit Stroke Akut

Suatu tim medis yang terdiri dari sejumlah ahli kesehatan profesional yang memberikan perawatan terhadap stroke akut, perawatan rehabilitasi, terapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara, layanan kerja sosial medis, dan layanan psikologi klinis, dll, untuk

mencegah komplikasi dan mempersiapkan pasien untuk menerima perawatan rehabilitasi setelah kondisi pasien stabil.

(4) Perawatan dalam tahapan rehabilitatif

Tujuan dari perawatan rehabilitasi adalah untuk memastikan pemulihan terbaik dari fungsi aktivitas hidup pasien sehari-hari. Meskipun tidak semua fungsi fisik bisa

dipulihkan sepenuhnya, tujuan "adaptasi diri" bisa dicapai. Sangat penting untuk memulai pelatihan rehabilitasi sesegera mungkin. Sebuah tim ahli kesehatan profesional multi-bidang bertanggung jawab terhadap perawatan rehabilitasi. Tim akan menilai fungsi fisik dan psikologis pasien, perawatan rehabilitasi yang diperlukan, dan kemampuan perawatan dari perawat. Hal yang paling penting dari semuanya adalah bahwa pasien stroke dan anggota keluarganya harus berpartisipasi secara aktif dalam perawatan tersebut.

Dalam perawatan rehabilitasi, perawat memainkan peran penting dalam memberikan dukungan 24 jam kepada pasien stroke dan anggota keluarga mereka. Mereka membantu pasien mempertahankan fungsi fisik dan psikologis mereka, meningkatkan kemampuan hidup mandiri, dan mencegah komplikasi yang disebabkan oleh hilangnya kemampuan tersebut. Mereka juga akan memberikan perawatan profesional yang berkaitan dengan masalah umum yang dihadapi pasien stroke, seperti masalah psikologis yang

melibatkan kecemasan dan perasaan tidak berdaya, atau masalah fisik seperti kesulitan menelan, kesulitan dalam komunikasi, inkontinensia urin, konstipasi, dan rasa sakit akibat tekanan, dll.

Fisioterapi akan membantu pasien stroke mengembalikan fungsi fisik mereka dalam berbagai aspek, mengajarkan perawatan yang benar kepada pasien dan anggota keluarganya, dan melatih serta mencegah komplikasi agar pasien bisa mendapatkan kemampuan mandiri terbaiknya.

Terapi okupasi (versi bahasa Mandarin saja) akan, melalui program terapi yang berbeda, memungkinkan pasien stroke untuk mendapatkan kemampuan mandiri terbaiknya dalam berbagai aspek, seperti perawatan diri, perawatan rumah tangga, keterampilan kejuruan, dan rekreasi.

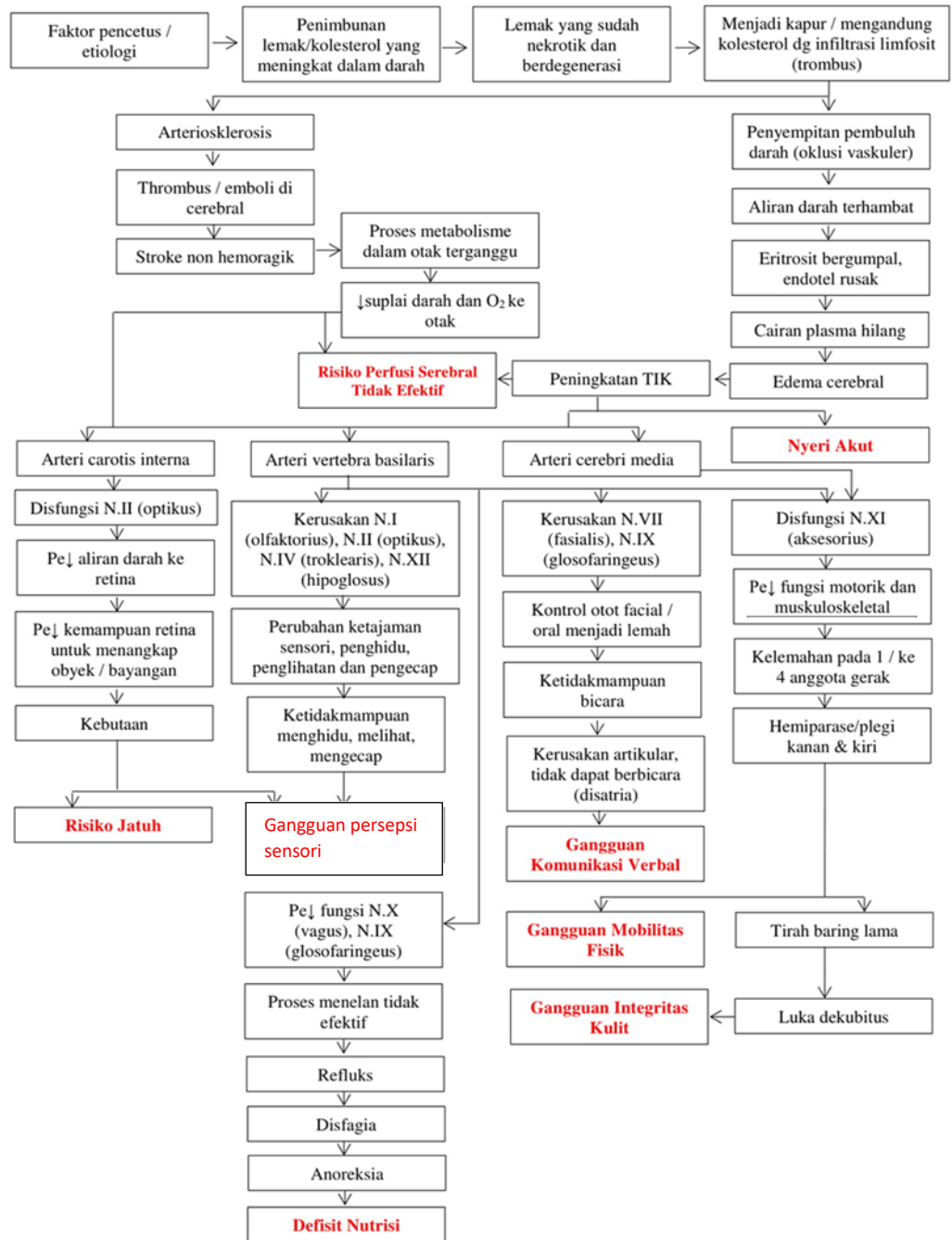
Terapi wicara akan membantu pasien stroke meningkatkan kemampuan menelan, berkomunikasi, dan ekspresi verbal mereka. Jika pasien memiliki masalah psikologis dan/atau emosional, psikolog klinis bisa memberikan bantuan yang diperlukan. Para pekerja sosial medis bisa membantu pasien stroke dan anggota keluarganya dengan memerhatikan kebutuhan mereka yang berkaitan dengan bantuan keuangan, perumahan, bantuan pekerjaan rumah tangga, pengaturan kerja, dan layanan perumahan.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Selain memeriksa gejala-gejala klinis, dokter akan memeriksa status berbagai macam faktor risiko seperti tekanan darah, kadar kolesterol, gula darah, dan juga akan melakukan tes darah untuk memeriksa hemoglobin (protein pembawa oksigen dalam darah), trombosit dan waktu pembekuan darah untuk mengidentifikasi anemia, kecenderungan perdarahan, dan viskositas darah. Uji elektrokardiogram (uji medis yang mendeteksi kelainan jantung dengan mengukur aktivitas listrik yang dihasilkan oleh jantung saat berkontraksi) juga akan dilakukan untuk memeriksa kasus terjadinya serangan jantung secara bersamaan. Pemeriksaan lainnya mungkin mencakup.

- a. Pemindaian Tomografi Terkomputerisasi (CT - Computerized Tomography): bisa membantu untuk membedakan stroke akibat kurangnya pasokan darah dari stroke hemoragik.
- b. Pencitraan Resonansi Magnetik (MRI - Magnetic Resonance Imaging): bisa menunjukkan status jaringan otak dan patensi/penyempitan pembuluh darah.
- c. Pencitraan ultrasonik pada pembuluh darah leher: menggunakan citra untuk mendeteksi penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah leher.
- d. Doppler Transkraniyal: untuk mendeteksi penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah di otak.

9. Pathway Stroke non Hemoragik



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan menggunakan tiga metode, yaitu wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik (Bolat & Teke, 2020). Pengkajian adalah fase pertama proses keperawatan, Data yang dikumpulkan meliputi (Lestari et al., 2019) :

a. Identitas

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, diagnosa medik, alamat, semua data mengenai identitas klien tersebut untuk menentukan tindakan selanjutnya.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab ini sangat perlu untuk memudahkan dan jadi penanggung jawab klien selama perawatan, data yang terkumpul meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

5) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

6) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut.

c) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

d) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, mudah lelah

e) Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot.

f) Pola hubungan dan peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.

h) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

i) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin.

j) Pola penanggulangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

a. pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran
- b) Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara
- c) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi

2) Pemeriksaan integumen

- a) Kulit : jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dehidrasi terutama pada daerah

yang menonjol karena klien CVA Bleeding harus bed rest 2-3 minggu

- b) Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis .
 - c) Rambut : umumnya tidak ada kelainan
- 3) Pemeriksaan kepala dan leher
- a) Kepala : bentuk normocephalik
 - b) Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi
 - c) Leher : kaku kuduk jarang terjadi.
- 4) Pemeriksaan dada

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

- 5) Pemeriksaan abdomen

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

- 6) Pemeriksaan inguinal, genetalia, anus

Kadang terdapat incontinenasia atau retensi urine.

- 7) Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

- 8) Pemeriksaan neurologi

- a) Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

b) Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

c) Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi.

d) Pemeriksaan refleks

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

b. pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan radiologi

a) CT scan: didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

b) MRI untuk menunjukkan area yang mengalami infark, hemoragik.

2) Pemeriksaan laboratorium

a) fungsi lumbal: Menunjukkan adanya tekanan normal dan cairan tidak mengandung darah atau jernih.

b) Pemeriksaan darah rutin

c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

d) Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

- e) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Ada lima tipe diagnosa, yaitu aktual, risiko, kemungkinan, sehat dan sindrom. Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Diagnosa keperawatan risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Masalah dapat timbul pada seseorang atau kelompok yang rentan dan ditunjang dengan faktor risiko yang memberikan kontribusi pada peningkatan kerentanan. Diagnosa keperawatan risiko adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tetapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan

masalah. Diagnosa keperawatan *Wellness* (Sejahtera) atau sehat adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Diagnosa keperawatan sindrom adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Yeni & Ukur, 2019).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan Stroke non Hemoragik, dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) :

a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/hemiplegia (D.0054)

Definisi: Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab:

1. Penurunan kekuatan otot

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

1. Kekuatan otot menurun

2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif:

- a. Sendi kaku
- b. Gerakan tidak terkoordinasi
- c. Gerakan terbatas

Kondisi klinis terkait

1. Stroke
- b) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan sensori, penurunan penglihatan (D.0085)

Definisi: Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi

Penyebab:

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penciuman
4. Gangguan perabaan

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : -

Objektif :

1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
2. Merasakan sesuatu melalui indera penglihatan, penciuman, perabaan, atau pengecapan
3. Distorsi sensori
4. Respon tidak sesuai
5. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan tanda minor

Subjektif : Menyatakan kesal

Objektif :

1. Menyendiri
2. Melamun
3. Konsentrasi buruk
4. Disorientasi waktu, tempat, orang dan situasi
5. Curiga
6. Melihat ke satu arah
7. Mondar mandir
8. Bicara sendiri

Kondisi klinis terkait

1. Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak)

c) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah otak (D.0119)

Definis: Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab:

1. Gangguan neuromuskuler

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : -

Objektif :

1. Tidak mampu berbicara atau mendengar
2. Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan tanda minor

Subjektif : -

Objektif :

- 1) Afasia
- 2) Disfasia
- 3) Apraksia
- 4) Disleksia
- 5) Disartria
- 6) Afonia
- 7) Dislalia
- 8) Pelo
- 9) Gagap

- 10) Tidak ada kontak mata
- 11) Sulit memahami komunikasi
- 12) Sulit mempertahankan komunikasi
- 13) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- 14) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- 15) Sulit menyusun kalimat
- 16) Verbalisasi tidak tepat
- 17) Sulit mengungkapkan kata-kata Disorientasi orang, ruang, waktu Defisit penglihatan
- 18) Delusi

Kondisi klinis terkait

1. Stroke

- d) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan (D.0032)

Definis: Beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Faktor risiko:

1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. ketidakmampuan mengabsorpsi makanan
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Kondisi klinik terkait

1. Stroke

- e) Resiko gangguan integritas kulit yang berhubungan tirah baring lama (D.0139)

Definis: Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago kapsul sendi dan/atau ligamen).

Faktor risiko:

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (miss penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Penekanan pada tonjolan tulang

15. mempertahankan/melindungi integritas jaringan

Kondisi klinis terkait

1. Imobilisasi

f) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Definis: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab:

1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif :

1. Tampak meringis

2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)

3. Gelisah

4. Frekuensi nadi meningkat

5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif : -

Objektif :

1. Tekanan darah meningkat

2. Pola napas berubah

3. Nafsu makan berubah
4. Proses berfikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait

1. Cedera traumatis
2. Infeksi
3. Sindrom koroner akut

g) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

(D.0017)

Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi ke otak

Faktor Risiko:

1. Penurunan kinerja ventrikel kiri
2. Aterosklerosi aorta
3. Diseksi arteri
4. Fibrilasi atrium
5. Tumor otak
6. Stenosis karotis
7. Miksoma atrium
8. Aneurisma serebri
9. Koagulopati
10. Embolisme

11. Cidera kepala
12. Hipertensi
13. Stenosis mitral
14. Infark miokard akut
15. Terapi tomolitik

Kondisi klinis terkait

1. Stroke

h) Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh

Faktor risiko:

1. Riwayat jatuh
2. Penggunaan alat bantu jalan
3. Penurunan tingkat kesadaran
4. Perubahan fungsi kognitif
5. Kondisi pasca operasi
6. Perubahan kadar glukosa darah
7. Kekuatan otot menurun
8. Gangguan pendengaran
9. Gangguan keseimbangan
10. Neuropati
11. Efek agen farmakologis

Kondisi klinis terkait

1. Penyakit sebrovaskuler

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Lestari et al., 2019).

Intervensi Keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan Stroke non hemoragik adalah:

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan mobilitas fisik b.d hemiparase/ hemiplegia (D.0054)	1) Tujuan (L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan mobiltas fisik meningkat 2) Kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - kekuatan otot meningkat - rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik

			<p>1.3 Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>1.4 Fasilitasi aktivisasi mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>1.6 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>
2	Gangguan persepsi sensori b.d penurunan sensori (D.0085)	<p>1) Tujuan (L.12107) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan fungsi sensori membaik</p> <p>2) Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ketajaman pendengaran membaik - ketajaman pengelihatn membaik 	<p>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.2 Batasi stimulus lingkungan</p> <p>2.3 Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4 Ajarkan cara meminimalisasikan stimulus</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.5 Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur atau tindakan</p>
3	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi darah otak (D.0119)	<p>1) Tujuan (L.13118) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan komunikasi verbal meningkat</p> <p>2) Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemampuan berbicara meningkat - kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat 	<p>Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>3.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3 Gunakan metode komunikasi alternatif</p> <p>3.4 Berikan dukungan psikologis</p> <p>Edukasi</p>

			<p>3.5 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>3.6 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.7 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
4	Resiko defisit nutrisi b.d kelemahan otot mengunyah dan menelan (D.0032)	<p>1) Tujuan (L.03030) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan status nutrisi meningkat</p> <p>2) Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - porsi makanan yang dihabiskan meningkat - kekuatan otot mengunyah meningkat - kekuatan otot menelan meningkat 	<p>Menajemen gangguan makan (I.03111)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Timbang berat badan secara rutin</p> <p>4.3 Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Ajarkan pengaturan diet yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.5 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan</p>
5	Resiko gangguan integritas kulit b.d tirah baring lama (D.0139)	<p>1) Tujuan (L.14125) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama Diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>2) Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - kerusakan jaringan menurun - kerusakan lapisan kulit menurun - kemerahan menurun 	<p>Pencegahan luka tekan (I.14543)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>5.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.3 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>5.4 Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p> <p>5.5 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>Edukasi</p> <p>5.6 Jelaskan tanda- tanda kerusakan kulit</p>

			5.7 Ajarkan cara merawat kulit
6	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>1) Tujuan (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>2) Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan nyeri menurun - gelisah menurun - kesulitan tidur menurun 	<p>Menejemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi skala nyeri</p> <p>6.2 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>6.3 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>6.5 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>6.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6.7 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
7	Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan embolisme (D.0017)	<p>1) Tujuan (L.02014) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan perfusi serebral meningkat</p> <p>2) Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Kognitif meningkat 	<p>Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Monitor penyebab peningkatan TIK</p> <p>7.2 Monitor peningkatan TD</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</p> <p>7.4 Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>7.5 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>7.6 Informasikan hasil pemantauan</p>
8	Resiko jatuh ditandai dengan kelemahan otot (D.0143)	<p>1) Tujuan (L.14138) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan tingkat jatuh menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>8.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p>

		2) Kriteria hasil - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun	8.2 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi rodan dan sebaliknya Terapeutik 8.3 Pasang handrail tempat tidur 8.4 Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah 8.5 Gunakan alat bantu berjalan Edukasi 8.6 Ajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan 8.7 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
--	--	---	--

4. Implementasi keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap, 2019).

5. Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah

ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap, 2019).

Terdapa dua jenis evaluasi (Nanda, 2020):

a. Evaluasi *Formatif* (Proses)

Evaluasi *formatif* berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi *formatif* ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi *formatif* ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang

maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi *Sumatif* (Hasil)

Evaluasi *sumatif* adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi *sumatif* ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan implementasinya sudah berhasil di capai. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk review kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2 Subyek Penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah:

- a. Subyek ialah klien dewasa yang di rawat inap di ruang unit stroke
- b. Subyek dewasa terdiri dari 2 orang dewasa (laki-laki maupun perempuan) yang di rawat inap dengan stroke non hemoragik
- c. Subyek dewasa
- d. Subyek dewasa dengan stroke non hemoragik
- e. Keluarga bersedia dan menyetujui untuk menjadi partisipan selama penelitian studi kasus berlangsung

3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional karya tulis ini adalah:

1. Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya sumbatan pada aliran darah di otak. Stroke terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terputus atau sangat berkurang. Jika hal ini terjadi, maka dalam hitungan menit sel otak akan mati.

2. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik adalah suatu proses atau tahap tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada klien dengan stroke non hemoragik dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan meliputi metode askep atau asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus- menerus serta berkesinambungan dalam pemecahan masalah kesehatan klien dengan stroke non hemoragik. Asuhan keperawatan dimulai dengan adanya tahapan pengkajian (pengumpulan data, analisis data, dan penegakkan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian / evaluasi tindakan keperawatan.

4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di ruang Angsoka dan di ruang Syaitu Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie **Samarinda**. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 2 April - 5 April 2019 di ruang Angsoka dan

tanggal 13 mei 2019 di ruang Syaitu RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

5 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Peneliti mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet
2. Peneliti melapor kepembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang diperoleh
3. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian membuat review kasus dari kedua klien

6 Metode dan instrument Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan, antara lain :

- a. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien dengan Stroke non hemoragik, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.
- b. Pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik : inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi pada tubuh klien.
- c. Observasi (mengamati prilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien)

Kegiatan observasi seperti mencatat adanya kelainan fisik, adanya pendarahan.

- d. Studi dokumentasi (jenis pengumpulan data yang meneliti berbagai macam dokumen yang berguna untuk bahan analisis)

Studi dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada klien.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan dewasa sesuai ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur (instrument terlampir).

7 Keabsahan Data

Keabsahan data untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Keabsahan data pada penelitian ini di tentukan oleh integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama) yaitu dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien dengan stroke non hemoragik, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien dengan stroke non hemoragik, perawat

dan orang tua/keluarga klien dewasa yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Dalam penelitian menggunakan tiga teknik *triangulasi* yaitu :

1. *Triangulasi* sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbedabeda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bisa menggunakan observasi terlihat pada dokumen-dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. *Triangulasi* teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama.

3. *Triangulasi* waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid.

8 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Jawaban tersebut merupakan data-data yang nantinya akan dibagi menjadi dua yaitu data subjektif yang berasal langsung dari pernyataan klien serta data objektif yang berasal dari observasi dan pemeriksaan pada klien.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti mereview hasil dan pembahasan kasus dari Titania dan Linda Nurdiana, yang selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum dan data khusus tentang asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka dan di ruang Syaitu Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie samarinda. (Nurdiana, 2019) (Titania, 2019)

A. Hasil

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 Angsoka dan ruang Syaitu yaitu ruang rawat inap bagi pasien yang diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik.

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

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

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. R)	Pasien 2 (Tn. S)
1.	Nama Pasien	Tn. R	Tn. S
2.	Tanggal Lahir/ Umur	11 maret 1964/ usia 55 Tahun	62 Tahun
3.	Suku/Bangsa	Dayak/Indonesia	
4.	Agama	Islam	Islam
5.	Pendidikan	Tidak Tamat SD	SMA
6.	Pekerjaan	Petani	Pensiunan PNS
7.	Alamat	Palaran	Jln. Teratai, sanga-sanga
8.	Diagnosa Medis	SNH	SNH
9.	Sumber Informasi	Pasien dan Keluarga	Langsung dari istri pasien
10.	No. Register	01.54.xx	17.17.xx
11.	Tanggal MRS	1 April 2019	
12.	Keluhan Utama	Vertigo	Kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan
13.	Riwayat Penyakit Sekarang	Awalnya saat di rumah, pasien mengeluh vertigo +/- selama 3 bulan disertai telinga yang berdengung. Pada tanggal 1 April 2019 pasien mengeluh vertigo dan muntah lalu pasien ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Saat di IGD pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri secara tiba-tiba. Kemudian pasien masuk Ruang Angsoka pada tanggal 2 April 2019. Pada saat dirawat, kelemahan anggota gerak menyebabkan pasien tidak bisa menjalani aktifitas sehari-hari secara	Pada tanggal 8-05-2019 pasien berobat ke Puskesmas dan langsung dirujuk ke RSUD. AWS pasien masuk IGD dengan keluhan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kanan dan bibir pelo di IGD pasien diobservasi selama 4 jam, kemudian dari IGD pasien di masukkan ke ruang perawatan Stroke Center dengan keluhan yang sama. Pada tanggal 13-05-2019 saat di kaji keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat

		mandiri, memerlukan bantuan 1 orang sehingga aktifitas pasien sangat terbatas. Selama di ruang rawat, pasien belum mendapat terapi terkait kelemahan anggota gerakanya, hanya obat-obatan saja.	menggerakan anggota tubuh sebelah kanan dan berbicara tidak jelas . TD: 180/100mmHg, N: 89x/mnt, RR: 20x/mnt, T: 36,2 oC, Spo2: 99%
14.	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien belum pernah dirawat di RS sebelumnya dan tidak pernah menderita penyakit kronik ataupun menular, dan tidak ada riwayat kontrol. Pasien juga tidak ada riwayat penggunaan obat-obatan, tidak pernah dioperasi, dan pasien ada alergi makanan yaitu udang.	Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Tahun 2007 di RS. H. Darjat, 2011 di ruang Angsoka di RSUD AWS
15.	Riwayat Penyakit Keluarga	Di keluarga pasien ada yang memiliki riwayat penyakit Asma.	Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit stroke
16.	<p>Genogram Pasien I</p> <p>Keterangan: ○ : Perempuan □ : Laki-laki X : Meninggal ↗ : Pasien --- : Tinggal serumah</p>		
17.	Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan	Pasien tidak mengonsumsi alkohol maupun obat-obatan, tetapi pasien masih	

	Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan	memiliki kebiasaan merokok, pasien jarang berolahraga.	
18.	Keadaan Umum	Posisi pasien supinasi/berbaring, Terpasang IVFD RL 20 tpm, Tidak ada tanda klinis yang mencolok baik itu sianosis ataupun perdarahan	
19.	Kesadaran	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅	Compos Mentis
20.	Kenyamanan/nyeri	Pasien tidak mengeluh nyeri	
21.	Status Fungsional Barthel Indeks	Total Skor 12 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan	
22.	Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala: Saat dilakukan pemeriksaan finger print pada dahi pasien, menunjukkan bahwa pasien terhidrasi, kulit kepala bersih dan tidak ada luka, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, Tekanan bola mata sebelah kanan dan kiri sama, pupil isokor, tidak ada kelainan mata.</p> <p>Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung , posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan pada hidung.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah.</p> <p>Telinga : Daun telinga elastis dan simetris</p> <p>Pemeriksaan leher : Tidak teraba pembesaran pada kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk kepala oval. - Warna rambut hitam , warna kulit sawo matang, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi. - Mata lengkap dan simetris, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, dan kornea mata keruh. - Konjungtiva anemis, sclera mata tidak ikterus, dan pupil isokor. - Ketajaman mata pasien kabur dan tidak ada nyeri tekan pada bola. - Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/septum nasi simetris tidak ada polip. - Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, ketegangan telinga elastis, dan Lubang telinga tidak ada serumen. - Keadaan bibir pasien kering, keadaan gusi tidak ada lesi dan gigi terdapat karies, keadaan lidah kotor, langit langit terlihat bersih dan tidak ada peradangan. - Posisi trachea simetris, tidak terdapat pembesaran di tiroid, suara pasien tidak terdengar jelas dan normal, tidak ada pembesaran kelenjar lympe, tidak ada pembesaran vena jugularis, dan teraba denyutan nadi karotis

		pada tiroid, posisi trakea terletak ditengah.	
23.	Pemeriksaan Fisik Thorax	<p>Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 18 kali/menit, irama nafas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba sama diseluruh lapang paru anterior dan posterior, Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi : Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas saat dilakukan vokal premitus, dan tidak ada suara nafas tambahan.</p> <p>Pasien tidak menggunakan WSD.</p>	<p>– Pemeriksaan paru– paru, pada saat inspeksi thorak tidak berbentuk simetris kanan dan kiri dan pasien tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, palpasi taktil premitus getaran paru kanan dan kiri sama pada saat pasien mengucapkan 77, perkusi terdengar suara sonor dan pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara.</p>
24.	Pemeriksaan Jantung	<p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi :Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT > 2 detik, Tidak ada sianosis</p> <p>c. Palpasi : Ictus Kordis teraba di ICS 5, Akral teraba hangat</p> <p>d. Perkusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batas atas : ICS II line sternal dekstra 2) Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra 3) Batas kanan : ICS III line sternal dekstra 4) Batas kiri : ICS III line sternal sinistra <p>e. Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 2) BJ II Pulmonal : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 3) BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 4) BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 	<p>Pemeriksaan jantung, pada saat melakukan inspeksi tidak ada pulsasi. Perkusi batas jantung berada di ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sterna kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sterna kanan. Saat melakukan auskultasi bunyi jantung I Bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II : saat didengar / auskultasi terdengar Bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan</p>

		<p>5) Tidak ada bunyi jantung tambahan</p> <p>Tidak ada kelainan</p>	
25.	<p>Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi</p>	<p>a. BB : 65 Kg b. TB : 165 Cm c. IMT : 24 Kg m² (Ideal) d. BAB : 3 hari sekali dengan Konsistensi agak keras e. Diet : Jenis diet Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein (NTKTP) 2100 kalori dengan Frekuensi makan 3 kali sehari, Nafsu makan baik, Porsi makan selalu habis</p> <p>d. Abdomen Inspeksi Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi Peristaltik usus 7 kali/menit Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p>Perkusi Tidak ada Shifting Dullness</p> <p>Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</p> <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, pasien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat pasien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p>	<p>Pada saat melakukan inspeksi bentuk abdomen membusung, tidak ada benjolan pada abdomen dan tidak ada bayangan pembuluh darah. Pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus : 14 x/menit. kemudian melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan di daerah antara ulu hati dan pusat, tidak ada benjolan / masa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pemebesaran lien dan dan pada saat perkusi terdengar suara abdomen terdengar tympani dan tidak ada asites</p>
26.	<p>Pemeriksaan Sistem Syaraf</p>	<p>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 1) Patella : 2 (Normal) 2) Achilles : 2 (Normal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan saraf - I : Pasien dapat membedakan bau. - II : Pasien tidak dapat melihat dengan jelas. - III : Pasien dapat mengikuti gerakan pensil ke kanan dan ke kiri. - IV : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke samping.

		<p>3) Bisep : 2 (Normal) 4) Trisep : 2 (Normal) 5) Brankioradialis : 2 (Normal)</p> <p>g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur: 5-6 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N1 : Pasien mampu membedakan bau kopi dan teh 2) N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm 3) N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata 4) N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah 5) N5 : Pasien mampu mengunyah 6) N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping 7) N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata 8) N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik 9) N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam 10) N10 : Pasien mampu menelan 11) N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan 12) N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah 	<ul style="list-style-type: none"> - V : Pasien dapat menggerakkan rahang. - VI : Pasien dapat melihat ke kanan dan ke kiri. - VII : Pasien dapat merasakan makanan. - VIII : Pasien dapat mendengar dengan jelas. - IX : Pasien dapat mengunyah . - X : Pasien dapat menelan. - XI : Pasien dapat menggerakkan kepala. - XII : Pasien dapat mengeluarkan lidahnya. • Fungsi motorik pasien bernilai 3 dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan pemeriksa. • Fungsi sensorik pasien baik dan normal, pasien dapat merasakan sentuhan kapas, rangsangan nyeri dengan jarum, panas dan dingin. • Reflek fisiologis tricep (+) dan bicep (+), kemudian reflek patologis babinsky (+). 										
27.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<p>a. Kebersihan : Bersih b. Tidak ada keluhan kencing c. Kemampuan berkemih : Spontan d. Produksi urine : +/- 900 ml</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Warna : kuning pekat 2) Bau : Khas urine <p>e. Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>											
Balance Cairan Pasien I													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>2/4/2019</th> <th>3/4/2019</th> <th>4/4/2019</th> <th>5/4/2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1000 ml</td> <td>1000 ml</td> <td>1000 ml</td> <td>1000 ml</td> </tr> </tbody> </table>	Intake	2/4/2019	3/4/2019	4/4/2019	5/4/2019	Minum peroral	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	
Intake	2/4/2019	3/4/2019	4/4/2019	5/4/2019									
Minum peroral	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml									

Cairan Infus	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml
Obat IV	-	-	-	-
NGT	-	-	-	-
Makan	280 ml	280 ml	280 ml	280 ml
Total	2780 ml	2780 ml	2780ml	2780ml
Output	2/4/2019	3/4/2019	4/4/2019	5/4/2019
Urine	900 ml	1100 ml	1000 ml	1000ml
IWL	45 ml	45 ml	45 ml	45 ml
Feces	200 ml	-	-	200 ml
Total	1145 ml	1145 ml	1145 ml	1245ml

28.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Pergerakan sendi terbatas, tidak ada kelaianan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang gips/spalk/traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit tidak ikterik atau sianosis, tidak ada luka, tidak ada edema ekstremitas, tidak ada pitting edema, tidak ada ekskoriasis, tidak ada psoriasis, dan tidak ada urtikaria.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> </tr> </table>	5	2	5	2	<p>Otot pasien simetris, tidak ada uedema pada pasien, kekuatan otot kanan 5/5 dan kiri 3/3, tidak ada kelainan pada punggung, ekstermitas dan kuku. Pasien tampak bersih, akral pasien teraba dingin, warna kulit pasien sawo matang, turgor kulit kembali dalam <2 detik, kulit lembab, dan tekstur kulit lunak.</p>
5	2						
5	2						
29.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada trias DM, Tidak ada riwayat luka sebelumnya, Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya.</p>					
30.	Kemanan Lingkungan (Risiko Jatuh)	<p>Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 50. Pasien dalam kategori risiko tinggi.</p>					

31.	Pengkajian Psikososial dan Spiritual	Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan, Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah tegang, Pasien kooperatif saat interaksi, Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri. Sebelum sakit, pasien sering beribadah. Namun setelah sakit, pasien kadang-kadang beribadah.	
32.	Personal Hygiene	Pasien mandi 1x/hari, keramas 2 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, pasien merokok, tidak minum alkohol, pasien ganti pakaian 1x/hari, sikat gigi 1x/hari	
33.	Pemeriksaan seksualitas dan Reproduksi	Pasien tidak ada masalah prostat, pasien tidak memiliki kelainan pada genetalia nya.	
34.	Penilaian Risiko Decubitus	Pasien mendapatkan total skor 18, dengan kategori risiko rendah terjadi decubitus.	

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

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

Tabel 4.3
Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 2 (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap Ruang Syaitu RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1
Laboratorium	Pada tanggal 10 Mei 2019 - Leukosit : 8,47 (4,80-10,80) - Eritrosit : 4,65 (4,70 6,10) - Hemoglobin : 14,4 (12,0-16,0) - Hematokrit : 42,6 (37,0 – 54,0) - PLT : 321 (150-450) - Neutrofil% : 60 (40-74)

Tabel 4.4
Obat yang Diterima Pasien 1
Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

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

Tabel 4.5
Obat yang Diterima Pasien 2
Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang Syaitu RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Penatalaksanaan	Pasien 2
Cairan	Ringer Laktat 20 tpm
Obat	<ul style="list-style-type: none"> - CPG 75g - Vit B - Aspar K - Amlodipin 10g - Micardis 80mg - Atorvastatin 20mg

Tabel 4.6
Analisa Data Pasien 1 (Tn. R)
Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap Ruang
Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih mengeluh vertigo <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tanda vital: TD: 180/100 mmHg N: 66x/menit Suhu: 36,2 °C RR: 18x/menit 	Faktor risiko embolisme	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p>	Gangguan neuromuskular	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang) <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur. 	Kelemahan	(D.0109) Defisit perawatan diri
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM 	Kurang terpapar informasi	(D. 0111) Defisit pengetahuan
5.	<p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 5 2 </div>	Faktor risiko kekuatan otot menurun	(D. 0143) Risiko jatuh

	<p>- Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50</p> <p>- Lingkungan pasien yang tidak aman (Pagar pengaman kadang tidak terpasang)</p>		
--	--	--	--

b. **Diagnosa Keperawatan**

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

No Urut	Pasien 1					
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)				
1.	Selasa, 2 April 2019	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Pasien masih mengeluh vertigo, penurunan kesadaran, dan Tekanan darah pasien yang tinggi yaitu 180/100 mmHg.				
2.	Selasa, 2 April 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot <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;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah	5	2	5	2
5	2					
5	2					
3.	Selasa, 2 April 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.				
4.	Selasa, 2 April 2019	(D. 0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot, Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM				
5.	Rabu, 3 April 2019	(D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot <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;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50, Lingkungan pasien yang tidak aman (Pagar pengaman kadang tidak terpasang)	5	2	5	2
5	2					
5	2					

c. Perencanaan Keperawatan

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

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

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Selasa, 2 April 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, pasien penurunan kesadaran, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot, Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun.	Latihan Rentang Gerak (I.05177) Observasi 2.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan 2.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 2.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak Terapeutik 2.4 Gunakan pakaian yang longgar 2.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 2.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 2.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi Edukasi 2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 2.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis Kolaborasi 2.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu
Selasa, 2 April 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Pasien penurunan kesadaran, Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil Kemampuan mandi meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.	Dukungan Perawatan Diri (I. 11348) Observasi 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3.2 Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 3.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 3.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Selasa, 2 April 2019	(D. 0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot, Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan Kriteria Hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 4.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 4.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4.5 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 4.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 4.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
Rabu, 3 April 2019	(D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot, pasien mengalami penurunan kesadaran, Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh, Lingkungan pasien yang tidak aman (Pagar pengaman kadang tidak terpasang)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun.	Pencegahan Jatuh (I. 14540) Observasi 5.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif) 5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 5.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Terapeutik 5.4 Pasang handrail tempat tidur 5.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah Edukasi 5.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 5.7 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

d. Pelaksanaan Keperawatan

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

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi				
Hari 1 Tanggal 2 April 2019 Jam 12.10	- Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	TD: 170/100mmHg Suhu: 36°C N: 68x/menit RR: 20x/menit				
Jam 12.12	- Memeriksa tingkat kesadaran pasien	Kesadaran pasien compos mentis (E4M6V5)				
Jam 12.30	- Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot	Pergerakan sendi terbatas pada ekstremitas sebelah kiri dengan nilai kekuatan otot				
Jam 12.35	- Menanyakan pada pasien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat bergerak	5	2	5	2
5	2					
5	2					
Jam 12.45	- Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak	Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif				
Jam 13.30	- Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala	Pasien mengatakan masih sering mengalami vertigo				
Jam 13.35	- Menanyakan pada pasien mengenai kemampuan untuk kebutuhan dasar mandi	Pasien mengatakan tidak bisa mandi dengan mandiri, memerlukan bantuan 1 orang				
Jam 13.40	- Menanyakan pada pasien tentang pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya	Pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakitnya dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan				
Jam 13.50	- Mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan	Pasien mengatakan bersedia dan sangat senang untuk menerima informasi dari penkes yang akan dilakukan				

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 2 Tanggal 3 April 2019 Jam 16.00	- Melihat pagar pengaman pasien tidak terpasang	Memberitahu pasien dan keluarga untuk memasang pagar karena rentan terjadi jatuh
Jam 16.00	- Memasang pagar pengaman tempat tidur pasien - Mengatur tempat tidur pasien menjadi rendah	Lingkungan pasien menjadi aman untuk pasien
Jam 16.02	- Menawarkan pasien untuk membantu kebutuhan dasar pasien (mandi)	Lingkungan pasien menjadi aman untuk pasien
Jam 16.30	- Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	Pasien mengatakan akan di dampingi oleh istri atau anaknya.
Jam 17.40	- Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien	TD: 160/110mmHg Suhu: 37°C N: 80x/menit RR: 20x/menit
Jam 18.20	- Memberikan obat Clopidogrel 75 mg (p.o) dan Vitamin B Complex 10 mg (p.o) ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian	Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar
Jam 19.05	- Menghitung resiko jatuh menggunakan skala morse	Pasien mampu menghabiskan obatnya, pasien juga sudah mengetahui obatnya
Jam 20.00		Berdasarkan skala morse, skor yang didapat pasien 50 atau dengan kategori sangat tinggi akan risiko jatuh
Hari 3 Tanggal 4 April 2019 Jam 08.05	- Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala	Pasien mengatakan masih mengalami vertigo
Jam 08.10	- Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	TD: 150/90mmHg Suhu:36,5°C N: 84x/menit RR: 16x/menit
Jam 08.20	- Menjelaskan tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif	Pasien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat
Jam 08.30	- Membantu pasien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif	Pasien kooperatif
Jam 08.35	- Menganjurkan pada pasien untuk latihan secara perlahan agar terhindar dari cedera	Pasien kooperatif
Jam 08.40	- Memberikan semangat pada pasien pada saat dilakukannya latihan rentang gerak	Pasien antusias saat latihan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Jam 08.55	- Memberikan pasien media berupa leaflet untuk membantu jika pasien lupa dengan prosedur dari ROM	Pasien antusias diberikan leaflet materi latihan
Jam 09.02	- Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya seputar latihan	Pasien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes
Jam 09.10	- Menganjurkan pasien untuk latihan secara sistematis dan berkelanjutan	Pasien menerima anjuran dari perawat
Hari 4 Tanggal 5 April 2109 Jam 08.20	- Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala	Pasien mengatakan vertigo sudah tidak muncul dari semalam
Jam 09.00	- Mempraktekkan dan membantu pasien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif	Pasien kooperatif
Jam 09.10	- Memberikan semangat pada pasien pada saat dilakukannya latihan rentang gerak	Pasien antusias pada saat latihan
Jam 09.20	- Menganjurkan pasien untuk latihan secara sistematis dan berkelanjutan	Pasien menerima anjuran dari perawat
Jam 12.15	- Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	TD: 150/100mmHg Suhu:36°C N: 88x/menit RR: 20x/menit

e. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10
Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn.R)
Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Selasa, 2 April 2019	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)	S: Pasien masih mengeluh vertigo O: -Tanda vital: TD: 180/110mmHg N: 68x/menit

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>Suhu: 36,2 °C RR: 19x/menit - Kesadaran pasien Compos Mentis</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang</p> <p>O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 5 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	<p>Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)</p>	<p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>S: - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang)</p> <p>O: - Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.</p> <p>A: Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4.2 Monitor tingkat kemandirian 4.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)</p>	<p>S: - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot</p> <p>O: - Pasien enggan untuk bergerak - Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<p>Hari 2 Rabu, 3 April 2019</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>	<p>S: Pasien masih mengeluh vertigo</p> <p>O:</p> <p>TD: 150/100mmHg Suhu: 37°C N: 80x/menit RR: 20x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)</p> <p>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat</p> <p>2.7 Lakukan prinsip 6 benar</p> <p>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot 5/2 - Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>3.4 Gunakan pakaian yang longgar</p> <p>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.7 Berikan dukungan positif pada saat</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>melakukan latihan gerak sendi</p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>
	<p>Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri tetapi dengan bantuan oleh 1 orang, yaitu istri atau anaknya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sudah bisa membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya misalnya mandi, walaupun ditempat tidur - pasien terlihat nyaman <p>A: Masalah Keperawatan defisit perawatan diri teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>
	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot - Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukannya latihan rentang gerak (ROM) pasif <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien enggan untuk bergerak <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)	S:- O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50 - Lingkungan pasien aman (Pagar pengaman terpasang) A: Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi P: Pertahankan Intervensi 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
Hari 3 Kamis, 4 April 2019	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)	S: Pasien masih mengeluh vertigo O: TD: 150/90 mmHg N: 85x/menit Suhu: 37.7°C RR: 26x/menit A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)	S: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang O:

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>- Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 7 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>
	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)	<p>S: - Pasien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot</p> <p>O: - Pasien terlihat sering melatih tangan dan jari-jarinya secara mandiri</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>
	Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)	<p>S:-</p> <p>O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50 - Lingkungan pasien aman (Pagar pengaman terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko jatuh</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		teratasi P: Pertahankan Intervensi 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
Hari 4 Jum'at, 5 April 2019	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)	S: Pasien mengatakan vertigo tidak muncul dari semalam O: TD: 150/100mmHg Suhu:36°C N: 86x/menit RR: 20x/menit A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)	S: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 - Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 3.2 Identifikasi keterbatasan

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 8 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
	Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)	S:- O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50 - Lingkungan pasien aman (Pagar pengaman terpasang) A: Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi P: Pertahankan Intervensi 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

f. **Diagnosa Keperawatan Pasien 2**

Tabel 4.11 Diagosa Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

No.	Data	(masalah)	Etiologi				
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa di gerakan - Pasien mengatakan lemah untuk beraktifitas - Pasien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Kelemahan anggota gerak sebelah kanan - Pasien terlihat lemah dan hanya bisa berbaring di tempat tidur - TD: 180/100mmHg - N: 89 x/menit - RR: 20 x/menit - T: 36,2 °C - Spo2: 100% - Kekuatan otot kaki dan tangan menurun - Kekuatan Otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">0</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	0	5	0	5	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Gangguan Neuromuskuler</p>
0	5						
0	5						

2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bicara pelo <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara pasien tidak jelas, - Pasien terlihat sulit mempertahankan komunikasi - Pasien terlihat sulit menyusun kalimat - TD: 180/100mmHg N: 89 x/menit RR: 20 x/menit T: 36,2 °C Spo2: 100% 	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Perubahan system syaraf pusat				
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa di gerakakkan - Pasien mengatakan aktivitasnya harus di bantu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko - Pasien tampak terlihat lemas <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">0</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">0</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> </table> </div>	0	5	0	5	Resiko Jatuh (D.0143)	Kekuatan Otot Menurun
0	5						
0	5						

g. Intervensi Keperawatan pasien 2

Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054) (Senin, 13 Mei 2019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi kontraktur otot dan footdrop 2. Pasien berpartisipasi dalam program latihan 3. Pasien mencapai keseimbangan saat duduk 4. Pasien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang paresis/plegi 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 1.2 Monitor tingkat kemandirian 1.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 1.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 1.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 1.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 1.7 Monitor Tanda-Tanda Vital 1.8 Ajarkan ROM (Range Of Motion atau latihan gerak rentang)
2.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler (D.0119) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan bahasa tertulis, lisan, atau nonverbal. 2. Pengenalan terhadap pesan yang diterima 3. Bertukar pesan secara akurat dengan orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2.2 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 2.3 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 2.4 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

3.	Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 1. Klien tidak jatuh 2. Klien dapat berdiri dan jalan seimbang dengan menggunakan alat bantu berjalan	3.1 Identifikasi factor resiko jatuh 3.2 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale) 3.3 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga pasien 3.4 Pasang handrail tempat tidur 3.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 3.6 Gunakan alat bantu berjalan 3.7 Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin
----	---	---	--

h. Implementasi Keperawatan pasien 2

Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
1.	Senin, 13 Mei 2019 07.00	1.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien	Pasien mengatakan aktivitas perawatan diri dibantu oleh perawat dan keluarga
	07.00	1.4 Membantu memandikan pasien	Pasien terlihat lebih segar dan rapi
	07.10	3.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh	Lingkungan di sekitar pasien aman
	07.10	3.2 Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse	Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko
	07.12	3.4 Memasang handrail ditempat tidur pasien	Pasien terlihat aman setelah dipasang handrail
	07.15	1.5 Menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan	Pasien terlihat mengikuti anjuran
	07.17	2.4 Mengulangi apa yang di sampaikan pasien	Pasien paham dengan apa yang di sampaikan perawat
	08.00	1.3 Membantu pasien makan 1.7 Menghitung tanda – tanda vital	Pasien makan dibantu oleh orang lain

	09.00	1.3 Membantu pasien BAK	TD : 160/100 N : 83 RR : 20 T : 36,5C
	10.00	1.3 Membantu pasien makan	Pasien BAK di bantu oleh perawat
	11.00	3.4Memasang handrail di tempat tidur pasien	Pasien makan dibantu perawat
	11.15	1.1 Mengukur tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan nafas	Pasien terlihat aman setelah dipasang pengaman tempat tidur
	12.00	1.3 Membantu pasien BAK	TD : 150/100mmHg N : 80x/i RR : 19x/i T : 36,1C
	13.00	3.4Memasang handrail di tempat tidur pasien	Pasien BAK dibantu oleh perawat
	13.05	2.5 Menganjurkan pasien untuk bicara perlahan	Pasien terlihat aman
	14.00		Pasien terlihat mengikuti instruksi perawat
2.	Selasa, 14 Mei 2019		
	07.00	1.4 Memandikan pasien	Pasien terlihat bersih dan segar
	07.10	1.2Pasien sikat gigi sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat	Pasien terlihat mandiri
	07.13	1.3Membantu pasien memakai baju	Pasien terlihat rapi
	08.00	1.3Membantu pasien makan	Pasien masih membutuhkan bantuan orang lain untuk makan
	08.00	3.1Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman setelah dipasang handrail
	09.00	1.2 Mengajarkan teknik latihan gerak rentang atau ROM	Pasien terlihat kooperatif saat diajarkan rom, dan keluarga paham setelah di ajarkan teknik rom Kekuatan otot bertambah 1/5/1/5
	10.30		Pasien terlihat kooperatif dan mandiri

	11.00	1.3 Membantu pasien BAK	Pasien mengatakan lebih nyaman jika tempat tidurnya direndahkan
	11.10	2.1 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Pasien terlihat berbicara mulai pelan dan sudah bisa mengatur dengan perlahan
	11.15	2.4 Menganjurkan pasien untuk berbicara secara perlahan	Perawat mengulang kembali apa yang dikatakan oleh pasien
	12.00	2.4 Mengulangi apa yang dikatakan pasien	TD :160/100 RR: 19x/i N: 85x/i T : 36,0 C
	13.00	1.7 Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan	Pasien terlihat aman
	14.00	3.1 Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat masih kurang jelas berbicara
	15.00	2.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	TD : 150/100 RR : 19x/i N : 87x/i T : 36,3 C
	15.00	1.7 Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan	
	Rabu, 15 Mei 2019 07.00	1.4 Membantu memandikan pasien dan membantu memakaikan baju	Pasien lebih segar dan rapi
	08.00	1.3 Membantu pasien makan	Porsi makan pasien habis
	09.00	1.3 Menghitung TD, nad, suhu dan pernapasan	TD : 150/90 N : 80 RR : 20 T : 36,2 C
	09.15	1.3 Membantu pasien BAK	Pasien mampu untuk BAK sendiri
	10.00	2.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	Pasien terlihat sudah mulai berbicara perlahan dan sedikit sudah bisa menyusun kalimat dengan baik
	10.15	3.1 Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman
	11.00	1.3 Membantu pasien makan	

	12.00	1.4Mendampingi dan membantu mengganti baju pasien	Pasien makan dengan lahap dan porsi makan pasien habis
	13.00	Pasien KRS (Keluar rumah sakit / pulang)	Pasien terlihat mandiri saat mengganti baju Pasien KRS (Keluar rumah sakit / pulang)

i. **Evaluasi pasien 2**

Tabel 4.14 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 2 dengan SNH Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Senin, 13 Mei 2019	Dx 1	S: Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh orang lain O: - Pasien terlihat lebih segar dan rapi - TD : 160/100mmHg N : 83 RR : 20x/i T : 36,5C A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Pertahankan Intervensi
	DX 2	S: Pasien mengatakan paham dengan pesan yang di sampaikan perawat O: Pasien terlihat mengikuti anjuran perawat A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Lanjutkan intervensi S: - O: Pasien terlihat aman setelah dipasang handrail

	DX 3	A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
Hari 2 Selasa, 14 Mei 2019	DX 1	S: Pasien mengikuti dan kooperatif saat di ajarkan latihan ROM O : - Pasien terlihat bersih dan rapi - Pasien terlihat mulai mandiri - TD : 160/100mmHg N : 85x/i RR : 19 T : 36,0 C - Kekuatan Otot 1/5/1/5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P : Pertahankan intervensi S : - O: Perawat mengulangi kembali apa yang di katakana oleh pasien A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
	DX2	S: Pasien mengatakan nyaman tempat tidurnya di rendahkan O: - Pasien terlihat nyaman - Pasien terlihat aman setelah di pasang handrail A: Masalah resiko jatuh teratasi P : Pertahankan intervensi
	DX3	

Hari 3 Rabu, 15 Mei 2019	DX 1	S: Pasien mengatakan badannya lebih segar setiap habis dimandikan O: Pasien terlihat lebih segar dan rapi A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P: Pertahankan intervensi
	DX 2	S: Pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan O: Pasien terlihat berbicara sudah mulai jelas walau belum sepenuhnya A: Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi
	DX 3	S: - O: Pasien terlihat aman setelah di pasang handrail A: Masalah resiko jatuh teratasi P: Hentikan intervensi (Pasien KRS/ Pasien keluar rumah sakit (pulang))

B. Pembahasan

1) Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal 2 April - 5 April 2019 di ruang Angsoka dan tanggal 13 Mei 2019 di ruang Syaitu RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengkajian dilakukan pada 2 pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Pasien 1 (Tn. R) usia 55 tahun dengan keluhan utama kelemahan anggota gerak sebelah kiri sejak 1 April 2019 dan keluhan tambahan yaitu pasien merasakan vertigo. Pasien 2 (Tn. S) usia 62 tahun dengan keluhan utama kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan. Adanya keluhan utama

penurunan kesadaran, kelumpuhan/ kelemahan anggota gerak, dan vertigo yang terjadi pada kedua pasien di atas sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien stroke (Menurut Nurarif dan Hardhi, 2015).

Pasien 1 (Tn. R) dengan riwayat penyakit dahulu tidak pernah masuk RS sebelumnya, tidak pernah menderita penyakit kronik/menular, tidak mengonsumsi obat-obatan, tetapi memiliki kebiasaan merokok. Sedangkan pasien 2 (Tn. S) sebelumnya pada tahun 2007 pernah dirawat di RS. H. Darjat dan pada tahun 2011 pernah di rawat di ruang Angsoka RSUD. AWS dengan penyakit yang sama. Dari anamnesa tersebut diatas peneliti berasumsi bahwa pasien 1 (Tn. R) mengalami serangan stroke dikarenakan kebiasaan merokok, dimana sesuai dengan teori dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dienni dan Supatmi (2015). Sedangkan pasien 2 (Tn. S) mengalami serangan stroke dikarenakan adanya keluarga yang memiliki riwayat penyakit stroke, dimana pernyataan tersebut merupakan faktor resiko yang terjadi pada pasien stroke menurut (Nurarif dan Hardhi, 2015).

Pemeriksaan kesadaran pada pasien 1 (Tn. R) didapatkan hasil kesadaran compos mentis dengan nilai GCS E₄M₆V₅. Dan pasien 2 (Tn. S) didapatkan hasil kesadaran compos mentis. Pada pemeriksaan tingkat kemandirian pasien, didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) Total Skor 12 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan. Sedangkan pada pasien 2 (Tn. S) tidak dilakukan pemeriksaan oleh peneliti.

Dari hasil pengkajian diatas peneliti berasumsi bahwa keluhan yang terdapat pada kedua pasien tidak berbeda jauh dengan apa yang ada dimanifestasi klinis penyakit stroke non hemoragik. Namun ada kelebihan dan kekurangan yang terdapat pada pengumpulan data diatas, pada pasien 2 (Tn. S) pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti tidak menyeluruh, beberapa pengkajian yang tidak dilakukan pada pasien 2 (Tn. S) adalah genogram pasien, perilaku yang mempengaruhi kesehatan, keadaan umum, kenyamanan atau nyeri, status fungsional barthel indeks, pemeriksaan sistem perkemihan, pemeriksaan sistem endokrin, pemeriksaan risiko jatuh, pengkajian psikososial dan spiritual, pemeriksaan personal hygiene, pemeriksaan seksualitas dan reproduksi, dan penilaian risiko decubitus. Sehingga masalah keperawatan yang muncul pada pasien 2 (Tn. S) hanya 3 masalah keperawatan.

2) Diagnosa Keperawatan

Berasarkan data hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan didapatkan 2 diagnosa keperawatan yang sama pada 2 pasien yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, dan Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diagnosa lain yang berbeda adalah Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskuler, Defisit perawatan diri b.d. kelemahan, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, dan Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli. Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 dan 2 yaitu :

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

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

Pada masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa tekanan darah yang tinggi dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intra karania. Sehingga pasien mengeluh vertigo, maka diangkatlah masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif.

b) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

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

Pada masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa keluhan keterbatasan gerak pada kedua pasien sesuai dengan manifestasi klinik pada pasien stroke non hemoragik, sehingga terangkatlah masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik karna keterbatasan gerak pasien dalam melakukan aktifitas sehari hari.

c) Defisit perawatan diri b.d kelemahan

Pasien 1 (Tn. R) mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang). Pasien juga mengatakan terkadang tidak membersihkan diri karena tidak ada yang membantu jika keluarga sedang melakukan kegiatan yang lain. Defisit perawatan diri adalah keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (Carpenito, 2007 : 388) dalam Jurnal “Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik” oleh Sri Iswahyuni, dkk.

Pada masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa akibat keterbatasan gerak yang dialami oleh pasien. Personal hygiene pasien tidak terpenuhi dengan efektif, pasien membutuhkan bantuan 1 atau 2 orang untuk memenuhi personal hygiene pasien. Sehingga terangkatlah masalah keperawatan defisit perawatan diri.

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

Ditemukan kesamaan antara pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Tn. S) dimana terjadi kelemahan anggota gerak sehingga meningkatkan risiko jatuh pasien.

Keamanan lingkungan yang terkadang tidak diperhatikan dapat menjadi penyebab utama terjadinya jatuh pada pasien. Penurunan kesadaran juga menjadi pemberat pada risiko jatuh dimana sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Nurarif dan Hardhi, 2015).

Pada masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa kelumpuhan anggota gerak ekstremitas atas dan bawah pada kedua pasien, membuat pasien rentan akan terjatuh apabila melakukan aktifitas. Sehingga terangkatlah masalah keperawatan risiko jatuh.

e) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Pasien 1 (Tn. R) mengatakan tidak mengetahui cara untuk latihan gerak agar meningkatkan kekuatan ototnya. Pasien terlihat banyak bertanya kepada perawat. Oleh karena itu perawat menyusun intervensi pendidikan kesehatan ROM untuk pasien 1 (Tn. R).

Pada masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa ketidaktahuan pasien dalam melakukan latihan gerak pada bagian ekstremitas yang lumpuh. Membuat masalah keperawatan difisit pengetahuan terangkat.

f) Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskuler

Pada pasien 2 (Tn. S) mengalami gangguan komunikasi verbal. Pasien terlihat kurang jelas saat berbicara, pasien terlihat pelo dan sulit untuk mengungkapkan kata-kata.

Data tersebut sesuai teori menurut (Amin, 2015), gejala yang timbul karena stroke yaitu yaitu mengalami kelemahan dan kelumpuhan, tiba – tiba

hilang rasa kepekaan, bicara pelo dan cadel, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, penurunan kesadaran dan mengalami gangguan fungsi otak.

Pada masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa kurangnya pasien dalam berbicara sesuai dengan teori yang ada. Sehingga terangkatlah masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal.

3) Intervensi Keperawatan

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

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

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri atau dengan bantuan. Rencana tindakan pada diagnosa defisit perawatan diri adalah Dukungan Perawatan Diri.

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

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan risiko jatuh berhubungan dengan kelemahan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan tidak terjadi jatuh pada pasien. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa ini adalah Pencegahan jatuh dengan manajemen keamanan lingkungan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neurosensori adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik. Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa gangguan komunikasi verbal adalah promosi komunikasi: defisit bicara.

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 selama 4 hari akan dijabarkan sebagai berikut. Pada pasien 1 (Tn. R) pada hari pertama dilakukan

pengukuran tanda-tanda vital, cek kesadaran, menilai kekuatan otot, menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak, menanyakan pasien terkait keluhan sakit kepala, menanyakan pasien terkait kebutuhan dasar mandi, menanyakan pasien terkait pengetahuannya tentang penyakitnya, dan mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan edukasi kesehatan.

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

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

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

Pada pasien 2 (Tn. S) hari pertama Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien. Membantu memandikan pasien. Mengidentifikasi factor resiko jatuh. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala mors. Memasang handrail ditempat tidur pasien. Menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan. Mengulangi apa yang di sampaikan pasien. Membantu pasien makan. Menghitung tanda – tanda vital. Membantu pasien BAK. Membantu pasien makan. Memasang handrail di tempat tidur pasien. Mengukur tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan

nafas. Membantu pasien BAK. Memasang handrail di tempat tidur pasien.
Menganjurkan pasien untuk bicara perlahan

Pada hari kedua memandikan pasien. Pasien sikat gigi sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat. Membantu pasien memakai baju. Membantu pasien makan. Memasang handrail tempat tidur. Mengajarkan teknik latihan gerak rentang atau ROM. Membantu pasien BAK. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. Menganjurkan pasien untuk berbicara secara perlahan. Mengulangi apa yang dikatakan pasien. Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan. Memasang handrail tempat tidur. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicar. Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan.

Pada hari ketiga membantu memandikan pasien dan membantu memakaikan baju. Membantu pasien makan. Menghitung TD, nadi, suhu dan pernapasan. Membantu pasien BAK. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Memasang handrail tempat tidur. Membantu pasien makan. Mendampingi dan membantu pasien mengganti baju

5) Evaluasi

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

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien mengatakan keluhan vertigo masih ada namun jarang muncul. Data objektinya pasien masih mengalami peningkatan tekanan darah. Namun kesadaran pasien baik/compos mentis. Masalah belum teratasi dan

intervensi harus dilanjutkan yaitu Manajemen TIK, Pemantauan Neurologis dan Pemberian Obat.

Pada evaluasi masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa kurangnya waktu perawatan membuat masalah keperawatan belum teratasi.

b) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot, fisik yang masih lemah, dan pasien mengatakan masih membutuhkan orang lain untuk menjalani aktifitas. Dengan itu maka masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Latihan Rentang Gerak. Pada pasien 2 (Tn. S) setelah perawatan 3 hari adalah Pasien mengatakan badannya lebih segar setiap habis dimandikan, Pasien terlihat lebih segar dan rapi. Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi. Pertahankan intervensi.

Pada evaluasi masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa teratasya masalah gangguan mobilitas fisik tergantung dengan keaktifan pasien dalam melakukan latihan gerak.

c) Defisit perawatan diri b.d kelemahan

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

Pada evaluasi masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa peran orang disekitar pasien membuat aktifitas pasien dalam memenuhi personal hygiene nya terpenuhi sehingga masalah keperawatan teratasi.

d) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

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

Pada evaluasi masalah keperawatn diatas, peneliti berasumsi bahwa penting nya pengetahuan yang dimiliki oleh perawat agar dapat tercapai masalah teratasi.

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

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 1 (Tn. R) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien terjaga kemandirian lingkungannya dan tidak terjadi jatuh. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan. Pada pasien 2 (Tn. S) setelah perawatan selama 3 hari adalah Pasien terlihat aman setelah di pasang handrail. Masalah resiko jatuh teratasi dan hentikan intervensi.

Pada evaluasi masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa ketepatan perawat dalam menentukan intervensi dan implementasi kepada pasien membuat pasien terhindar dari risiko jatuh. Sehingga masalah keperawatan dapat teratasi.

f) Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan neurosensori

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Tn, S) setelah perawatan selama 3 hari adalah Pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan. Pasien terlihat berbicara sudah mulai jelas walau belum sepenuhnya. Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian dan pertahankan intervensi.

Pada evaluasi masalah keperawatan diatas, peneliti berasumsi bahwa ketepatan perawat dalam menentukan intervensi dan implementasi membuat masalah keperawat teratasi sebagian.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

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

1. Pengkajian

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

stroke disebabkan oleh adanya riwayat hipertensi berat. Hal ini sesuai dengan teori hasil penelitian sebelumnya oleh Irwana, dkk (2011).

2. Diagnosa Keperawatan

Berasarkan data hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan didapatkan 2 diagnosa keperawatan yang sama pada 2 pasien yaitu Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, dan Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diagnosa lain yang berbeda adalah Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskuler, Defisit perawatan diri b.d. kelemahan, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, dan Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli.

3. Perencanaan

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

4. Pelaksanaan tindakan

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

5. Evaluasi

Evaluasi adalah akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada Pasien 1 berdasarkan

kriteria yang peneliti susun terhadap 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko embolisme dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Sedangkan pada Pasien 2 masalah keperawatan dapat teratasi keseluruhan. Peneliti berasumsi bahwa masalah - masalah yang belum teratasi diatas memerlukan waktu perawatan yang lebih lama untuk pasien dengan Stroke Non Hemoragik agar hasil yang ingin dicapai lebih optimal.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik maka diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan. Untuk peneliti selanjutnya harus benar benar memahami konsep medis tentang stroke non hemoragik.

Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komperhensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang dialami oleh pasien. Sehingga tidak ada masalah keperawatan yang luput dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan menggunakan literatur- literatur terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Authority. (2018). *Stroke / Indonesian 2018 Hospital Authority. All rights reserved* 1. 1–10.
- Bolat, H., & Teke, Z. (2020). Spilled gallstones found incidentally in a direct inguinal hernia sac: Report of a case. *International Journal of Surgery Case Reports*, 66, 218–220. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.12.018>
- Dwi, S., Triyono, K., & Herdiyanto, Y. K. (2017). *KONSEP SEHAT DAN SAKIT PADA INDIVIDU DENGAN UROLITHIASIS (KENCING BATU) DI KABUPATEN KLUNGKUNG , BALI*. 4(2), 263–276.
- Harahap, E. E. (2019). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*.
- Kemenkes. (2017). *Gerakan Masyarakat Hidup Sehat*.
- Khazanah. (2012). *Waspada! beragam penyakit degeneratif akibat pola makan* (Cetakan Pe). Yogyakarta: Laksana.
- Lestari, P. H., Setiawan, A., Pusat, J., Ilmu, F., Universitas, K., & Barat, J. (2019). *Pelaksanaan intervensi cakupan informasiku melalui pendekatan asuhan keperawatan keluarga sebagai upaya pencegahan perilaku seksual berisiko pada remaja*. 11(1).
- Nurarif dan Hardhi (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, Edisi Revisi Jilid 3*. Jogjakarta: Penerbit Mediacion.
- Nurdiana, L., Kesehatan, P., Kalimantan, K., Keperawatan, J., & Keperawatan, P. D. (2019). *No Title*. Retrieved from <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/407>
- Noya, A. (2018). *kenali penyakit degeneratif lebih awal akibat gaya hidup buruk*.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Pudiastuti. (2014). *Stroke non hemoragik/ iskemik*.
- Putri. (2018). *COMPARISON OF ACUTE ISCHEMIC STROKE FUNCTIONAL OUTCOME IN SMOKERS AND NON-*. 65–71.

Titania, T. (2019) A. K. P. D. S. N. H. D. R. A. D. R. A. W. S. S. (2019).
*POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA JURUSAN
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN*. Retrieved from
<http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/302>

Yeni, B., & Ukur, S. (2019). *Latar Belakang Tujuan Metode Hasil Pembahasan*.
Yuliono. (2018). *hubungan pengetahuan dan sikap dengan perawat*.

Lampiran 1

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

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

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

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

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

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. R)	Pasien II (Ny. P)
1.	Nama Pasien	Tn. R	Ny. P
2.	Tanggal Lahir	11 maret 1964	4 September 1957
3.	Suku/Bangsa	Dayak/Indonesia	Bugis/Indonesia
4.	Agama	Islam	Islam
5.	Pendidikan	Tidak Tamat SD	Tidak Tamat SD
6.	Pekerjaan	Petani	Ibu Rumah Tangga
7.	Alamat	Palaran	Loa Janan
8.	Diagnosa Medis	SNH	SNH
9.	Sumber Informasi	Pasien dan Keluarga	Keluarga
10.	No. Register	01.54.xx	01.88.xx
11.	Tanggal MRS	1 April 2019	28 Maret 2019
12.	Keluhan Utama	Vertigo	Penurunan kesadaran
13.	Riwayat Penyakit Sekarang	Awalnya saat di rumah, pasien mengeluh vertigo +/- selama 3 bulan disertai telinga yang berdengung. Pada tanggal 1 April 2019 pasien mengeluh vertigo dan muntah lalu pasien ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahanrie. Saat di IGD pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri secara tiba-tiba. Kemudian pasien masuk Ruang Angsoka pada tanggal 2 April 2019. Pada saat dirawat, kelemahan anggota gerak menyebabkan pasien tidak bisa menjalani aktifitas sehari-hari secara mandiri, memerlukan bantuan 1 orang sehingga aktifitas pasien sangat terbatas. Selama di	Awalnya pasien mengeluh sesak nafas dan dilarikan ke RSUD Moeis dan dirawat selama 3 hari. Pada saat dirumah, pasien terjatuh di WC dan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa bergerak. Lalu keluarga membawa pasien ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahanrie. Sehari setelah di rawat di Ruang Angsoka, pasien mengalami penurunan kesadaran. Kelumpuhan pada anggota gerak pasien dan penurunan kesadaran menyebabkan pasien tidak bisa menjalani aktifitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan total dari

		ruang rawat, pasien belum mendapat terapi terkait kelemahan anggota gerakanya, hanya obat-obatan saja.	perawat/keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasar. Selama di rawat, pasien sudah mendapatkan fisioterapi 1 x.
14.	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien belum pernah dirawat di RS sebelumnya dan tidak pernah menderita penyakit kronik ataupun menular, dan tidak ada riwayat kontrol. Pasien juga tidak ada riwayat penggunaan obat-obatan, tidak pernah dioperasi, dan pasien ada alergi makanan yaitu udang.	Pasien sudah pernah dirawat di RS sebelumnya baru beberapa minggu yang lalu, pasien memiliki riwayat penyakit kronik yaitu Hipertensi tapi tidak memiliki penyakit menular, pasien tidak ada riwayat kontrol, pasien sebelumnya tidak pernah dioperasi, pasien tidak ada alergi, pasien ada riwayat penggunaan obat-obatan yaitu Captopril dan Amlodipine.
15.	Riwayat Penyakit Keluarga	Di keluarga pasien ada yang memiliki riwayat penyakit Asma.	Di keluarga pasien tidak ada yang menderita suatu penyakit.
16.	<p>Genogram Pasien I</p> <p>Keterangan: ○ : Perempuan □ : Laki-laki X : Meninggal ↗ : Pasien --- : Tinggal serumah</p> <p>Genogram Pasien II</p> <p>Keterangan: ○ : Perempuan □ : Laki-laki X : Meninggal ↗ : Pasien --- : Tinggal serumah</p>		

18.	Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan	Pasien tidak mengonsumsi alkohol maupun obat-obatan, tetapi pasien masih memiliki kebiasaan merokok, pasien jarang berolahraga.	Pasien tidak mengonsumsi alkohol maupun obat-obatan, pasien juga tidak merokok, pasien jarang berolahraga.
18.	Kedadaan Umum	Posisi pasien supinasi/berbaring, Terpasang IVFD RL 20 tpm, Tidak ada tanda klinis yang mencolok baik itu sianosis ataupun perdarahan	Posisi pasien supinasi/berbaring, Terpasang IVFD RL 20 tpm, Syringe pump Nicardipine dengan kecepatan 9,7cc/Jam, Terpasang NGT, Kateter. Tidak ada tanda klinis yang mencolok baik itu sianosis ataupun perdarahan
19.	Kesadaran	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅	Somnolen E ₂ M ₃ V ₂
20.	Kenyamanan/nyeri	Pasien tidak mengeluh nyeri	Pasien tidak bisa dikaji
21.	Status Fungsional Barthel Indeks	Total Skor 12 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan	Total Skor 0 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat
22.	Pemeriksaan Kepala	Kepala: Saat dilakukan pemeriksaan finger print pada dahi pasien, menunjukkan bahwa pasien terhidrasi, kulit kepala bersih dan tidak ada luka, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang, rambut cerah dan tidak ada kelainan. Mata : Sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, Tekanan bola mata sebelah kanan dan kiri sama, pupil isokor, tidak ada kelainan mata. Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung , posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan pada hidung. Rongga Mulut dan Lidah :	Kepala: Saat dilakukan pemeriksaan finger print pada dahi pasien, menunjukkan bahwa pasien terhidrasi, kulit kepala tidak bersih, terdapat ketombe, tidak ada luka, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan beruban, rambut mudah patah, tidak bercabang, rambut kusam dan tidak ada kelainan. Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, kornea keruh, refleks cahaya +, Tekanan bola mata sebelah kanan dan kiri sama, pupil isokor, tidak ada kelainan mata. Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung , posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak bisa mengkaji ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan pada hidung. Rongga Mulut dan Lidah :

		<p>Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah.</p> <p>Telinga : Daun telinga elastis dan simetris</p> <p>Pemeriksaan leher : Tidak teraba pembesaran pada kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan pada tiroid, posisi trakea terletak ditengah.</p>	<p>Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa kering, ukuran dan letak tonsil tidak bisa dikaji.</p> <p>Telinga : Daun telinga elastis dan simetris</p> <p>Pemeriksaan leher : Tidak teraba pembesaran pada kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan pada tiroid, posisi trakea terletak ditengah.</p>
23.	Pemeriksaan Fisik Thorax	<p>Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 18 kali/menit, irama nafas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba sama diseluruh lapang paru anterior dan posterior, Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi : Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas saat dilakukan vokal premitus, dan tidak ada suara nafas tambahan.</p> <p>Pasien tidak menggunakan WSD.</p>	<p>Keluhan : Pasien tidak bisa dikaji adanya keluhan sesak nafas, tidak bisa dikaji adanya nyeri waktu bernafas dan tidak ada batuk.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas tidak teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pasien menggunakan alat bantu nafas jenis Non-Rebreathing Mask sebanyak 10 lpm.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus tidak bisa dikaji, Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan.</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra.</p> <p>Auskultasi : Suara nafas ronkhi, suara ucapan tidak bisa dikaji.</p> <p>Pasien tidak menggunakan WSD.</p>
24.	Pemeriksaan Jantung	<p>j. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>c. Inspeksi : Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT > 2 detik, Tidak ada sianosis</p> <p>d. Palpasi : Ictus Kordis teraba di ICS 5, Akral teraba hangat</p> <p>e. Perkusi</p> <p>5) Batas atas : ICS II line sternal dekstra</p>	<p>a. Keluhan nyeri dada tidak bisa dikaji</p> <p>b. Inspeksi : Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT > 2 detik, tidak ada sianosis</p> <p>c. Palpasi : Ictus Kordis teraba di ICS 5, Akral teraba Hangat</p> <p>d. Perkusi</p>

		<p>6) Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra 7) Batas kanan : ICS III line sternal dekstra 8) Batas kiri : ICS III line sternal sinistra f. Auskultasi 6) BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 7) BJ II Pulmonal : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 8) BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 9) BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 10) Tidak ada bunyi jantung tambahan</p> <p>Tidak ada kelainan</p>	<p>1) Batas atas : ICS II line sternal dekstra 2) Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra 3) Batas kanan : ICS III line sternal dekstra 4) Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi 1) BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 2) BJ II Pulmonal : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 3) BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 4) BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat 5) Tidak ada bunyi jantung tambahan</p> <p>Tidak ada kelainan</p>
25.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>e. BB : 65 Kg f. TB : 165 Cm g. IMT : 24 Kg m² (Ideal) e. BAB : 3 hari sekali dengan Konsistensi agak keras f. Diet : Jenis diet Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein (NTKTP) 2100 kalori dengan Frekuensi makan 3 kali sehari, Nafsu makan baik, Porsi makan selalu habis</p> <p>h. Abdomen Inspeksi Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi Peristaltik usus 7 kali/menit</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p>Perkusi Tidak ada Shifting Dullness</p>	<p>a. BB: 75 kg b. TB: 160 cm c. IMT: 29 Kg m² (Kelebihan Berat Badan) d. BAB : 1x/hari dengan Konsistensi Lunak e. Diet : Cair dengan Frekuensi 6 x 200 cc via NGT</p> <p>d. Abdomen: Inspeksi Bentuk abdomen bulat, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi Peristaltik usus 10 kali/menit</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</p> <p>Perkusi Tidak ada Shifting Dullness</p>

		<p>Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</p> <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, pasien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat pasien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p>	<p>Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</p> <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, pasien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat pasien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p>
26.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	<p>j. Memori : Panjang</p> <p>k. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>l. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia)</p> <p>m. Kognisi : Baik</p> <p>n. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>o. Refleks Fisiologis</p> <p>6) Patella : 2 (Normal)</p> <p>7) Achilles : 2 (Normal)</p> <p>8) Bisep : 2 (Normal)</p> <p>9) Trisep : 2 (Normal)</p> <p>10) Brankioradialis : 2 (Normal)</p> <p>p. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>q. Istirahat/ tidur: 5-6 jam/hari</p> <p>r. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <p>13) N1 : Pasien mampu membedakan bau kopi dan teh</p> <p>14) N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm</p> <p>15) N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata</p> <p>16) N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah</p> <p>17) N5 : Pasien mampu mengunyah</p> <p>18) N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping</p> <p>19) N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata</p> <p>20) N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik</p> <p>21) N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam</p> <p>22) N10 : Pasien mampu menelan</p> <p>23) N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</p> <p>24) N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan</p>	<p>a. Memori : Tidak dapat dikaji</p> <p>b. Perhatian : Tidak dapat dikaji</p> <p>c. Bahasa : Tidak dapat dikaji</p> <p>d. Kognisi : Tidak dapat dikaji</p> <p>e. Orientasi : Tidak dapat dikaji</p> <p>f. Refleks Fisiologis : Tidak dapat dikaji</p> <p>g. Keluhan pusing: Tidak bisa dikaji</p> <p>h. Istirahat/ tidur : Tidak bisa dikaji</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <p>1) N1 : Tidak dapat dikaji</p> <p>2) N2 : Tidak dapat dikaji</p> <p>3) N3 : Tidak dapat dikaji</p> <p>4) N4 : Tidak dapat dikaji</p> <p>5) N5 : Tidak dapat dikaji</p> <p>6) N6 : Tidak dapat dikaji</p> <p>7) N7 : Tidak dapat dikaji</p> <p>8) N8 : Tidak dapat dikaji</p> <p>9) N9 : Tidak dapat dikaji</p> <p>10) N10 : Tidak dapat dikaji</p> <p>11) N11 : Tidak dapat dikaji</p> <p>12) N12 : Tidak dapat dikaji</p>

		menggerakkan lidah keberbagai arah	
27.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	f. Kebersihan : Bersih g. Tidak ada keluhan kencing h. Kemampuan berkemih : Spontan i. Produksi urine : +/- 900 ml 3) Warna : kuning pekat 4) Bau : Khas urine j. Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	a. Kebersihan : Bersih b. Keluhan kencing tidak dapat dikaji c. Kemampuan berkemih: Menggunakan alat bantu 1) Jenis : <i>Folley Chateter</i> 2) Ukuran : 16 3) Hari ke – 5 4) Produksi urine 1100ml/hari 5) Warna : Kuning cerah 6) Bau : Khas urine

Balance Cairan Pasien I

Intake	2/4/ 2019	3/4/ 2019	4/4/ 2019	5/4/ 2019
Minum peroral	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml
Cairan Infus	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml
Obat IV	-	-	-	-
NGT	-	-	-	-
Makan	280 ml	280 ml	280 ml	280 ml
Total	2780 ml	2780 ml	2780 ml	2780 ml

Output	2/4/ 2019	3/4/ 2019	4/4/ 2019	5/4/ 2019
Urine	900 ml	1100 ml	1000 ml	1000 ml
IWL	45 ml	45 ml	45 ml	45 ml
Feces	200 ml	-	-	200 ml
Total	1145 ml	1145 ml	1145 ml	1245 ml

Balance Cairan Pasien II

Intake	2/4/ 2019	3/4/ 2019	4/4/ 2019	5/4/ 2019
Minum peroral	-	-	-	-
Cairan Infus	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml
Obat IV	45 ml	45 ml	45 ml	45 ml
NGT	1200 ml	1200 ml	1200 ml	1200 ml
Makan	-	-	-	-
Total	2745 ml	2745 ml	2745 ml	2745 ml

Output	2/4/ 2019	3/4/ 2019	4/4/ 2019	5/4/ 2019
Urine	1100 ml	1100 ml	1100 ml	1100 ml
IWL	46 ml	46 ml	46 ml	46 ml
Feces	200 ml	200 ml	200 ml	200 ml
Total	1346 ml	1346 ml	1346 ml	1346 ml

28.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Pergerakan sendi terbatas, tidak ada kelaian ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang gips/spalk/traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit tidak ikterik atau sianosis, tidak ada luka, tidak ada edema ekstremitas, tidak ada pitting edema, tidak ada ekskoriasis, tidak ada psoriasis, dan tidak ada urtikaria.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> </table>	5	2	5	2	<p>Pergerakan sendi tidak dapat dikaji, tidak ada kelaian ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang gips/spalk/traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit tidak ikterik atau sianosis, tidak ada luka, tidak ada edema ekstremitas, tidak ada pitting edema, tidak ada ekskoriasis, tidak ada psoriasis, dan tidak ada urtikaria.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">0</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">0</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	0	0	0	0
5	2										
5	2										
0	0										
0	0										
29.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada trias DM, Tidak ada riwayat luka sebelumnya, Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya.</p>	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada trias DM, Tidak ada riwayat luka sebelumnya, Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya.</p>								
30.	Kemanan Lingkungan (Risiko Jatuh)	<p>Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 50. Pasien dalam kategori risiko tinggi.</p>	<p>Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 60. Pasien dalam kategori risiko tinggi.</p>								
31.	Pengkajian Psikososial dan Spiritual	<p>Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan, Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah tegang, Pasien kooperatif saat interaksi, Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri. Sebelum sakit, pasien sering beribadah. Namun setelah sakit, pasien kadang-kadang beribadah.</p>	<p>Tidak bisa mengkaji persepsi pasien terhadap penyakitnya</p>								
32.	Personal Hygiene	<p>Pasien mandi 1x/hari, keramas 2 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, pasien merokok, tidak minum alkohol, pasien ganti pakaian 1x/hari, sikat gigi 1x/hari</p>	<p>Pasien mandi 1x/hari, keramas 5 hari 1x, memotong kuku 1x/minggu, pasien tidak merokok, tidak minum alkohol, pasien ganti pakaian 1x/hari, pasien belum ada sikat gigi selama sakit</p>								
33.	Pemeriksaan seksualitas dan Reproduksi	<p>Pasien tidak ada masalah prostat, pasien tidak memiliki kelainan pada genetalia nya.</p>	<p>Pasien tidak memiliki benjolan pada payudara, pasien tidak sedang hamil, pada genetalia pasien tidak ada flour albus dan prolaps uteri.</p>								

34.	Penilaian Risiko Decubitus	Pasien mendapatkan total skor 18, dengan kategori risiko rendah terjadi decubitus.	Pasien mendapatkan total skor 8, dengan kategori risiko tinggi terjadi decubitus.
-----	----------------------------	--	---

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

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

Tabel 4.3

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

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

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

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

Nama Obat	Kandungan/Isi Obat	Bentuk/Sediaan	Dosis/Aturan Pakai	Rute/Cara Pemberian
Px 2 (Ny. P)				
Ceftriaxone Sodium	Ceftriaxone	Vial	2x1	IV
Ranitidine	Ranitidine	Ampul	2x1	IV

Tabel 4.5
Analisa Data Pasien 1 (Tn. R)
Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
1.	<p>Data Subjektif: - Pasien masih mengeluh vertigo</p> <p>Data Objektif : -Tanda vital:</p> <p>TD: 180/100 mmHg N: 66x/menit Suhu: 36,2 °C RR: 18x/menit</p>	Faktor risiko embolisme	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif				
6.	<p>Data Subjektif: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang</p> <p>Data Objektif : - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p>	Gangguan neuromuskular	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik				
7.	<p>Data Subjektif: - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang) Data Objektif : - Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.</p>	Kelemahan	(D.0109) Defisit perawatan diri				
8.	<p>Data Subjektif: - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot Data Objektif : - Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM</p>	Kurang terpapar informasi	(D. 0111) Defisit pengetahuan				
9.	<p>Data Subjektif: - Data Objektif : - Terjadi penurunan kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> </tr> </table>	5	2	5	2	Faktor risiko kekuatan otot menurun	(D. 0143) Risiko jatuh
5	2						
5	2						

	<ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50 - Lingkungan pasien yang tidak aman (Pagar pengaman kadang tidak terpasang) 		
--	--	--	--

Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

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

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
1.	Data Subjektif: - Data Objektif : - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E ₃ M ₃ V ₃) - Tanda vital: TD: 150/100 mmHg N: 76x/menit Suhu: 37,7 °C RR: 26x/menit	Faktor risiko embolisme	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif				
2.	Data Subjektif: - Data Objektif : - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit	Disfungsi neuromuskuler	(D.0001) Bersihkan jalan nafas tidak efektif				
3.	Data Subjektif: - Data Objektif : - Terjadi penurunan kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">0</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">0</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> </table> -Rentang gerak menurun	0	0	0	0	Gangguan neuromuskular	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
0	0						
0	0						
4.	Data Subjektif: - Keluarga Pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur secara aman Data Objektif : - Pasien di seka 1x/hari - Pasien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar - Kuku pasien dipotong 2 minggu 1x, terlihat kuku pasien yang kotor	Kelemahan	(D.0109) Defisit perawatan diri				

5.	<p>Data Subjektif: - Data Objektif : - Pasien tirah baring lama - Pasien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</p>	<p>Penurunan Mobilitas</p>	<p>(D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit</p>				
6.	<p>Data Subjektif: - Data Objektif : - Terjadi penurunan kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="352 730 427 857"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>- Pasien mengalami penurunan kesadaran ($E_2M_3V_2$)</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60</p>	0	0	0	0	<p>Faktor risiko kekuatan otot menurun</p>	<p>(D. 0143) Risiko jatuh</p>
0	0						
0	0						
7.	<p>Data Subjektif: - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien - Keluarga pasien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk pasien Data Objektif : - Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM</p>	<p>Dibuktikan dengan keinginan keluarga pasien untuk mengelola masalah kesehatan</p>	<p>(D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan</p>				

2) Diagnosa Keperawatan

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

No Urut	Pasien 1		Pasien 2					
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)				
1.	Selasa, 2 April 2019	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Pasien masih mengeluh vertigo, penurunan kesadaran, dan Tekanan darah pasien yang tinggi yaitu 180/100 mmHg.	Selasa, 2 April 2019	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Pasien masih mengeluh vertigo, Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E ₂ M ₃ V ₂) dan tekanan darah pasien yang tinggi yaitu 150/100 mmHg.				
2.	Selasa, 2 April 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah	5	2	5	2	Selasa, 2 April 2019	(D.0001) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dibuktikan dengan Pasien tidak mampu batuk, Sputum berlebih di jalan nafas. Suara nafas abnormal yaitu ronchi, RR: 26x/menit
5	2							
5	2							
3.	Selasa, 2 April	(D.0109)	Selasa, 2 April	(D.0054)				

No Urut	Pasien 1		Pasien 2					
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)				
	2019	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Pasien mengalami keterbatasan gerak karena kelemahan terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.	2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">0</td> <td style="padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">0</td> <td style="padding: 2px;">0</td> </tr> </table> Dan rentang gerak yang menurun.	0	0	0	0
0	0							
0	0							
6.	Selasa, 2 April 2019	(D. 0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot, Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM	Selasa, 2 April 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Keluarga Pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur secara aman, Pasien di seka 1x/hari , Pasien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar, Kuku pasien dipotong 2 minggu 1x, terlihat kuku pasien yang kotor				

No Urut	Pasien 1		Pasien 2					
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)				
7.	Rabu, 3 April 2019	<p>(D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> <p>Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50, Lingkungan pasien yang tidak aman (Pagar pengaman kadang tidak terpasang)</p>	5	2	5	2	Selasa, 2 April 2019	<p>(D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan pasien tirah yang baring lama, Pasien immobilisasi sepenuhnya, Kondisi kulit sangat lembab, Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</p>
5	2							
5	2							
8.	-	-	Rabu, 3 April 2019	<p>(D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot pasien</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <p>Pasien mengalami penurunan kesadaran (E₂M₃V₂), Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60</p>	0	0	0	0
0	0							
0	0							
9.	-	-	Selasa, 2 April 2019	<p>(D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Dibuktikan dengan keinginan keluarga pasien untuk mengelola masalah kesehatan dimana keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien, Keluarga pasien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk pasien, Keluarga pasien</p>				

No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
				banyak bertanya tentang stroke dan ROM

3) Perencanaan Keperawatan

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

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Selasa, 2 April 2019	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Pasien masih mengeluh vertigo, penurunan kesadaran, dan Tekanan darah pasien yang tinggi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan Kriteria hasil terjadinya peningkatan kesadaran, menurunnya sakit kepala, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.	Manajemen TIK (Pemantauan Neurologis) I.06197 Observasi 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 1.3 Monitor refleks batuk dan muntah 1.4 Monitor keluhan sakit kepala Terapeutik 1.5 Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan TIK 1.6 Tingkatkan frekuensi

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>pemantauan neurologis</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>1.8 Informasikan hasil pemantauan</p> <p>Pemberian obat (I.02062)</p> <p>Observasi</p> <p>1.9 Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat</p> <p>1.10 Monitor efek terapeutik obat</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.11 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat</p> <p>1.12 Lakukan prinsip 6 benar</p> <p>Edukasi</p> <p>1.13 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
Selasa, 2 April 2019	<p>(D.0001)</p> <p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> <p>dibuktikan dengan Pasien tidak mampu batuk, Sputum berlebih di jalan nafas. Suara nafas abnormal yaitu ronkhi, RR: 26x/menit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan Kriteria hasil dispneu menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik</p>	<p>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll)</p> <p>2.3 Monitor aliran O₂</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.4 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2.5 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2.7 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>2.8 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2.9 Monitor adanya bunyi nafas</p>

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			tambahan (mis. Gurgling, wheezing, ronchi) Terapeutik 2.10 Posisikan pasien semifowler atau fowler 2.11 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 2.12 Berikan oksigen jika perlu Edukasi 2.13 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2.14 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 2.15 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
Selasa, 2 April 2019	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, pasien penurunan kesadaran, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot, Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun.	Latihan Rentang Gerak (I.05177) Observasi 3.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak Terapeutik 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi Edukasi 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis Kolaborasi 3.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu
Selasa, 2 April 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam,	Dukungan Perawatan Diri (II. 11348) Observasi

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Selasa, 2 April 2019	<p>kelemahan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Pasien penurunan kesadaran, Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur.</p> <p>(D. 0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot, Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM</p>	<p>diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil Kemampuan mandi meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan Kriteria Hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.</p>	<p>4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4.2 Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 4.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 5.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 5.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 5.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 5.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Rabu, 3 April 2019	<p>(D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot, pasien mengalami penurunan kesadaran, Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh, Lingkungan pasien yang tidak aman (Pagar pengaman kadang tidak terpasang)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun.</p>	<p>Pencegahan Jatuh (II. 14540) Observasi 6.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif) 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Terapeutik 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah Edukasi 6.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 6.7 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Selasa, 2 April 2019	<p>(D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan pasien tirah yang baring lama, Pasien immobilisasi sepenuhnya, Kondisi kulit sangat lembab, Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan Kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, perdarahan menurun, elastisitas meningkat</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 9.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 9.2 Ubah posisi tiap 2 jam 9.3 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 9.4 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 9.5 Anjurkan menggunakan pelembab 9.6 Anjurkan minum air yang cukup 9.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan Tirah Baring (I.14572) Observasi 9.8 Monitor kondisi kulit 9.9 Monitor komplikasi tirah baring Terapeutik 7.10 Tempatkan pada kasus terapeutik 7.11 Pertahankan kebersihan pasien Edukasi 7.12 Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p>
Selasa, 2 April 2019	<p>(D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Dibuktikan dengan Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien, Keluarga pasien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk pasien, Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan Kriteria Hasil menerapkan program perawatan meningkat, melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat.</p>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 5.3 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 5.4 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 5.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 5.7 Ajarkan PHBS</p>

4) Pelaksanaan Keperawatan

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

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi				
Hari 1 Tanggal 2 April 2019 Jam 12.10	1.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	TD: 170/100mmHg Suhu: 36°C N: 68x/menit RR: 20x/menit				
Jam 12.12	1.1 Memeriksa tingkat kesadaran pasien	Kesadaran pasien compos mentis (E4M6V5)				
Jam 12.30	3.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot	Pergerakan sendi terbatas pada ekstremitas sebelah kiri dengan nilai kekuatan otot				
Jam 12.35	3.3 Menanyakan pada pasien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat bergerak	5	2	5	2
5	2					
5	2					
Jam 12.45	3.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak	Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif				
Jam 13.30	1.4 Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala	Pasien mengatakan masih sering mengalami vertigo				
Jam 13.35	4.1 Menanyakan pada pasien mengenai kemampuan untuk kebutuhan dasar mandi	Pasien mengatakan tidak bisa mandi dengan mandiri, memerlukan bantuan 1 orang				
Jam 13.40	5.1 Menanyakan pada pasien tentang pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya	Pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakitnya dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan				
Jam 13.50	5.3 Mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan	Pasien mengatakan bersedia dan sangat senang untuk menerima informasi dari penkes yang akan dilakukan				

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

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

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

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Tanggal 2 April 2019		
Jam 08.00	1.1 Menghitung frekuensi pernafasan dan melihat kedalaman nafas	RR: 26x/menit, dangkal.
Jam 08.02	1.3 Melihat keadekuatan aliran O2	Aliran O2 adekuat (tidak ada kebocoran)
Jam 08.03	1.2 Melihat Pola nafas pasien	Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea)
Jam 08.10	1.4 Mendengarkan suara nafas tambahan	Terdapat suara nafas tambahan yaitu ronkhi
Jam 08.20	2.1 Cek kesadaran pasien	Tingkat kesadaran pasien somnolen (E2M3V2)
Jam 08.40	2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien	Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar
Jam 09.05	2.8 Memberikan obat ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian	Ceftriaxone Sodium (1g) via IV. Dan ranitidine (2ml) via IV Dan Micardis 80mg (p.o)
Jam 11.00	3.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot	Nilai kekuatan otot 1 1 1 1
Jam 11.10	3.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak	Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif
Jam 11.15	7.2 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	Bedrest yang lama
Jam 11.20	5.1 Menanyakan pada keluarga pasien mengenai pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya	Keluarga pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakit pasien dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan
Jam 11.30	5.3 Mengontrak keluarga pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan	Keluarga pasien mengatakan bersedia dan sangat senang untuk menerima informasi dari penkes yang akan dilakukan
Jam 12.00	2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	TD: 150/110 mmHg , RR: 26x/menit Suhu: 37.3°C N: 68x/menit

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

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 3 Tanggal 4 April 2019		
Jam 11.00	7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan	Pasien terlihat nyaman
Jam 11.08	7.3 Melihat kondisi kulit	Tidak ada kemerahan pada kulit
Jam 11.50	2.1 Cek kesadaran pasien	Tingkat kesadaran pasien somnolen (E2M3V2)
Jam 12.02	1.2 Melihat Pola nafas pasien	Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea)
Jam 12.03	1.3 Melihat keadekuatan aliran O2	Aliran O2 adekuat (tidak ada kebocoran)
Jam 12.15	2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien	TD: 150/100 mmHg N: 82x/menit Suhu: 37.7°C RR: 26x/menit
Jam 12.50	7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan	Pasien terlihat nyaman
Jam 12.55	7.3 Melihat kondisi kulit	Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab
Jam 13.00	3.8 Menjelaskan pada keluarga tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif	Keluarga pasien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat
Jam 13.10	3.6 Mempraktekkan dan membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada pasien	Keluarga sangat kooperatif saat latihan
Jam 13.20	3.5 Menganjurkan pada keluarga untuk latihan secara perlahan agar pasien terhindar dari cedera	Keluarga sangat kooperatif dan mau menerima anjuran dari perawat
Jam 13.30	5.2 Memberikan keluarga media berupa leaflet untuk membantu keluarga jika lupa prosedur dari ROM	Keluarga pasien antusias diberikan leaflet materi latihan
Jam 13.35	5.4 Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya seputar latihan	Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes
Jam 13.40	3.9 Menganjurkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien secara sistematis dan berkelanjutan	Keluarga pasien mau menerima anjuran dari perawat
Jam 15.00	7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan	Pasien terlihat nyaman
Jam 15.05	7.3 Melihat kondisi kulit	Tidak ada kemerahan kulit
Jam 16.50	2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien	Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar
Jam 17.02	2.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian	Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, ekspresi pasien sedikit meringis, pasien mengetahui obatnya.

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

5) Evaluasi Keperawatan

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

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Selasa, 2 April 2019	Dx. 2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)	<p>S: Pasien masih mengeluh vertigo</p> <p>O: -Tanda vital:</p> <p>TD: 180/110mmHg N: 68x/menit Suhu: 36,2 °C RR: 19x/menit - Kesadaran pasien Compos Mentis</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
	Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)	<p>S: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang</p> <p>O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		teratasi P: Lanjutkan Intervensi 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
	Dx 4 Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)	S: - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang) O: - Pasien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien di tempat tidur. A: Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4.2 Monitor tingkat kemandirian 4.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri 4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
	Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)	S: - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot O: - Pasien enggan untuk bergerak - Pasien banyak bertanya tentang

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>stroke dan ROM</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>
<p>Hari 2 Rabu, 3 April 2019</p>	<p>Dx. 2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>	<p>S: Pasien masih mengeluh vertigo</p> <p>O:</p> <p>TD: 150/100mmHg Suhu: 37°C N: 80x/menit RR: 20x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
	<p>Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
	Dx 4 Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)	S: - Pasien mengatakan bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri tetapi dengan bantuan oleh 1 orang, yaitu istri atau anaknya O: - Keluarga pasien mengatakan sudah bisa membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya misalnya mandi, walaupun ditempat tidur - pasien terlihat nyaman A: Masalah Keperawatan defisit perawatan diri teratasi P: Hentikan Intervensi
	Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	S: - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot - Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukannya latihan rentang gerak (ROM) pasif O: - Pasien enggan untuk bergerak A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	<p>Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p>	<p>sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot <p>5 2 5 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50 - Lingkungan pasien aman (Pagar pengaman terpasang) <p>A: Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>
<p>Hari 3 Kamis, 4 April 2019</p>	<p>Dx. 2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p> <p>Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S: Pasien masih mengeluh vertigo</p> <p>O:</p> <p>TD: 150/90 mmHg N: 85x/menit Suhu: 37.7°C RR: 26x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)</p> <p>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat</p> <p>2.7 Lakukan prinsip 6 benar</p> <p>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 3.4 Gunakan pakaian yang longgar 3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi 3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>
	Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)	<p>S: - Pasien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot</p> <p>O: - Pasien terlihat sering melatih tangan dan jari-jarinya secara mandiri</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>
	Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)	<p>S:-</p> <p>O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>- Lingkungan pasien aman (Pagar pengaman terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>
<p>Hari 4 Jum'at, 5 April 2019</p>	<p>Dx. 2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>	<p>S: Pasien mengatakan vertigo tidak muncul dari semalam</p> <p>O:</p> <p>TD: 150/100mmHg Suhu:36°C N: 86x/menit RR: 20x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu)</p> <p>2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat</p> <p>2.7 Lakukan prinsip 6 benar</p> <p>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian</p>
	<p>Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 <p>- Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>3.4 Gunakan pakaian yang longgar</p> <p>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>
	<p>Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p>	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot 5 2 5 2 <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50</p> <p>- Lingkungan pasien aman (Pagar pengaman terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>

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

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<p>Hari 1 Selasa, 2 April 2019</p>	<p>Dx. 1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p>	<p>S:- O: - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll) 1.3 Monitor aliran O2 1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p>
	<p>Dx. 2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>	<p>S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3) - Tanda vital:</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		TD: 160/100 mmHg Suhu: 37.5°C N: 75x/menit RR: 26x/menit A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.
	Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)	S: - O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1 -Rentang gerak menurun A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
	Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)	S: - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien O: - Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>
	<p>Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139)</p>	<p>S : - O : - Pasien tirah baring lama - Pasien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 7.2 Ubah posisi tiap 2 jam 7.3 Monitor kondisi kulit 7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p>
<p>Hari 2 Rabu, 3 April 2019</p>	<p>Dx.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p>	<p>S:- O: - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 24x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kusssmaul, dll) 1.3 Monitor aliran O2 1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p>
	<p>Dx.2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p>	<p>S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3)</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>- Tanda vital:</p> <p>TD: 150/100mmHg Suhu: 37.5°C N: 80x/menit RR: 24x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.</p>
	<p>Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S: - O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1 -Rentang gerak menurun</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.</p>
	<p>Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)</p>	<p>S: - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien O: - Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM A: Masalah keperawatan</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>
	<p>Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p>	<p>S:- O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3) - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>
	<p>Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139)</p>	<p>S : - O : - Pasien tirah baring lama - Pasien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus</p> <p>A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		7.2 Ubah posisi tiap 2 jam 7.3 Monitor kondisi kulit 7.5 Pertahankan kebersihan pasien
Hari 3 Kamis, 4 April 2019	Dx.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular	S:- O: - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll) 1.3 Monitor aliran O2 1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler
	Dx.2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)	S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3) - Tanda vital: TD: 150/110 mmHg N: 88x/menit Suhu: 37.7°C RR: 24x/menit A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	<p>Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S: - O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1</p> <p>-Rentang gerak menurun</p> <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.</p>
	<p>Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)</p>	<p>S: - Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien O: - Keluarga pasien bisa mengulang prosedur yang sudah diajarkan A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan Intervensi</p>
	<p>Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p>	<p>S:- O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3) - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko jatuh teratasi P: Pertahankan intervensi</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 6.4 Pasang handrail tempat tidur 6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
	Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139)	S :- O : - Pasien tirah baring lama - Pasien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 7.2 Ubah posisi tiap 2 jam 7.3 Monitor kondisi kulit 7.5 Pertahankan kebersihan pasien
Hari 4 Kamis, 5 April 2019	Dx.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular	S:- O: - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kusssmaul, dll) 1.3 Monitor aliran O2 1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler
	Dx.2 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)	S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3)

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>- Tanda vital:</p> <p>TD: 140/90 mmHg N: 76x/menit Suhu: 37.5°C RR: 26x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.1 Monitor tingkat kesadaran 2.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 2.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 2.7 Lakukan prinsip 6 benar 2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.</p>
	<p>Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S: - O: - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1</p> <p>-Rentang gerak menurun A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.</p>
	<p>Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p>	<p>S:- O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3) - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1</p> <p>- Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60</p>

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>- Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>
	<p>Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tirah baring lama - Pasien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, pasien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus <p>A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>7.3 Monitor kondisi kulit</p> <p>7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p>

4.2 Pembahasan

1) Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal 2 April - 5 April 2019 di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengkajian dilakukan pada 2 pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Pasien 1 (Tn. R) usia 55 tahun dengan keluhan utama kelemahan anggota gerak sebelah kiri sejak 1 April 2019 dan keluhan tambahan yaitu pasien merasakan vertigo. Pasien 2 (Ny. P) usia 62 tahun

dengan keluhan utama penurunan kesadaran, juga mengalami kelumpuhan pada anggota gerak sebelah kanan sejak terjatuh dirumah. Adanya keluhan utama penurunan kesadaran, kelumpuhan/kelemahan anggota gerak, dan vertigo yang terjadi pada kedua pasien di atas sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada pasien stroke (Menurut Nurarif dan Hardhi, 2015).

Pasien 1 (Tn. R) dengan riwayat penyakit dahulu tidak pernah masuk RS sebelumnya, tidak pernah menderita penyakit kronik/menular, tidak mengonsumsi obat-obatan, tetapi memiliki kebiasaan merokok. Sedangkan pasien 2 (Ny. P) dengan riwayat penyakit dahulu pernah dirawat di RS karena keluhan sesak nafas, memiliki riwayat Hipertensi berat, tidak memiliki riwayat penyakit menular, mengonsumsi obat-obatan anti-hipertensi. Dari anamnesa tersebut diatas peneliti berasumsi bahwa pasien 1 (Tn. R) mengalami serangan stroke dikarenakan kebiasaan merokok, dimana sesuai dengan teori dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dienni dan Supatmi (2015). Sedangkan pasien 2 (Ny. P) mengalami serangan stroke disebabkan oleh adanya riwayat hipertensi berat. Hal ini sesuai dengan teori hasil penelitian sebelumnya oleh Irwana, dkk (2011).

Pemeriksaan kesadaran pada pasien 1 (Tn. R) didapatkan hasil kesadaran compos mentis dengan nilai GCS E₄M₆V₅. Dan pasien 2 (Ny. P) dengan kesadaran somnolen dan nilai GCS E₂M₃V₂. Kedua pasien tersebut memiliki perbedaan tingkat kesadaran. Peneliti berasumsi bahwa perbedaan tingkat kesadaran ini dapat disebabkan oleh penanganan awal yang tidak tepat dan

cepat pada saat terjadi serangan awal stroke. Hal ini sesuai dengan teori Menurut Dharma (2018) bahwa semakin lama pasien tidak tertangani maka akan semakin banyak daerah otak yang mengalami infark. Semakin banyak daerah infark di otak, maka akan semakin berat dampak stroke dan semakin menurunkan harapan hidup pasien stroke.

Pada pengkajian tentang sistem respirasi, pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) memiliki perbedaan dimana hanya pasien 2 (Ny. P) yang memiliki tanda gejala minor dan mayor untuk gangguan pada pola napas. Tanda gejala yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah suara nafas tambahan pada pasien yaitu wheezing, adanya penggunaan otot-otot bantu pernafasan serta pola nafas yang cepat dan dangkal. Hasil pemeriksaan fisik diatas memiliki kesamaan dengan teori yaitu Menurut Nurarif dan Hardhi (2015), pasien stroke bisa mengalami gangguan pola nafas menjadi tidak efektif dikarenakan terjadinya kerusakan serebral yang berakibat pada pusat pernafasan sehingga berlebihan dalam merespon CO₂.

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

Pada pasien 1 (Tn. R) kelemahan $\frac{5}{2}$ ekstremitas yang terjadi adalah pada bagian kiri dengan nilai kekuatan otot

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

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

$$\frac{0}{0} \quad \frac{0}{0}$$

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang risiko jatuh pada kedua pasien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimana pasien stroke berisiko jatuh. Sesuai dengan skala morse, pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 50 yang berarti kategori risiko jatuh tinggi. Pagar pengaman tempat tidur yang terkadang tidak terpasang, kondisi pasien yang sering mengeluh pusing semakin meningkatkan risiko jatuh pasien. Pada pasien 2 (Ny. P) skor yang didapat dengan menggunakan skala morse adalah 60 yang juga berarti kategori risiko jatuh tinggi. Penurunan kesadaran semakin meningkatkan risiko jatuh pada pasien 2.

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

Berdasarkan data hasil penilaian risiko decubitus ditemukan bahwa pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 18 dengan keterangan kategori risiko rendah

terjadinya decubitus. Sedangkan pasien 2 (Ny. P) mendapatkan skor 8 yang berarti kategori tinggi untuk terjadi decubitus.

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

2) Diagnosa Keperawatan

Beraskan data hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan didapatkan 4 diagnosa keperawatan yang sama pada 2 pasien yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko emboli, Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, Defisit perawatan diri b.d kelemahan, dan Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun. Sedangkan diagnosa yang lain yang berbeda adalah Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan d.d pasien mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan, dan Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilisasi. Diagnosa utama yang diangkat pada kedua pasien adalah Risiko perfusi serebral d.d faktor risiko emboli.

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

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

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

h) Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular

Pada pasien 2 (Ny. P) terlihat adanya penggunaan otot-otot bantu pernafasan, pola napas yang abnormal (Takipneu), suara nafas yang abnormal (wheezing), dan penggunaan alat bantu pernapasan yaitu Oksigen jenis Non-Rebreathing Mask sebanyak 10 lpm. Data objektif diatas memiliki kesamaan dengan teori yaitu Menurut Nurarif dan Hardhi (2015), pasien stroke bisa mengalami gangguan pola nafas menjadi tidak efektif dikarenakan terjadinya kerusakan serebral yang berakibat pada pusat pernafasan sehingga berlebihan dalam merespon CO₂.

i) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Pasien 1 (Tn. R) mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, pasien juga mengatakan tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri dan harus dibantu oleh 1 orang. Terlihat adanya kelemahan fisik pada pasien. Pada pasien 2 (Ny. P) mengalami penurunan kesadaran sehingga terjadi penurunan

mobilisasi pasien. Untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari pasien membutuhkan bantuan total dari perawat/keluarga. Sesuai dengan teori bahwa hemiparese merupakan masalah umum yang dialami oleh pasien stroke. Hemiparese pada ekstremitas atas dapat menyebabkan pasien mengalami berbagai keterbatasan, sehingga pasien banyak mengalami ketergantungan dalam beraktivitas. (Oleh Yanti, dkk Dalam Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 16 No.1, Maret 2013, hal 40-46).

j) Defisit perawatan diri b.d kelemahan

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

Defisit perawatan diri merupakan kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas (Rosenberg dan Smith, 2005 : 180). Defisit perawatan diri adalah keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (Carpenito, 2007 : 388) dalam Jurnal “Gambaran

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik” oleh Sri Iswahyuni, dkk.

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

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

l) Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilisasi

Ditemukan perbedaan antara pasien 1 (Tn. R) dan pasien 2 (Ny. P) dimana hasil penilaian risiko decubitus pada pasien 1 (Tn. R) mendapatkan skor 18 yang berarti kategori rendah untuk terjadi decubitus. Sedangkan pada pasien 2 (Ny.P) mendapatkan skor 8 yang berarti risiko tinggi terjadi decubitus. Skor tinggi yang didapatkan pasien 2 (Ny. P) dikarenakan bedrest yang terlalu lama. Oleh karena itu peneliti menyusun intervensi untuk mobilisasi pasien setiap 2 jam ke kanan dan ke kiri.

g) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

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

3) Intervensi Keperawatan

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

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

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

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri atau dengan bantuan. Rencana tindakan pada diagnosa defisit perawatan diri adalah Dukungan Perawatan Diri.

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

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

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

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 selama 4 hari akan dijabarkan sebagai berikut. Pada pasien 1 (Tn. R) pada hari pertama dilakukan

pengukuran tanda-tanda vital, cek kesadaran, menilai kekuatan otot, menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak, menanyakan pasien terkait keluhan sakit kepala, menanyakan pasien terkait kebutuhan dasar mandi, menanyakan pasien terkait pengetahuannya tentang penyakitnya, dan mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan edukasi kesehatan.

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

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

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

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

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

Pada hari ketiga membantu mengubah posisi pasien tiap 2 jam, memantau kondisi kulit yang tertekan, mengecek kesadaran pasien, melihat pola nafas dan kedalaman nafas pasien, melakukan pengukuran tanda vital, membantu keluarga melakukan latihan rentang gerak pada pasien, melakukan identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien Ceftriaxone Sodium 1g IV.

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

5) Evaluasi Keperawatan

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

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

dan Pemberian Obat. Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pasien masih mengalami penurunan kesadaran (somnia), masih terjadi peningkatan tekanan darah. Masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Manajemen TIK, Pemantauan Neurologis dan Pemberian Obat.

h) Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah pola nafas pasien yang masih abnormal, masih terdapat otot-otot bantu pernafasan, dan pasien masih menggunakan alat bantu nafas yaitu oksigen sebanyak 10 lpm. Dengan itu maka masalah belum teratasi dan intervensi harus dilanjutkan yaitu Pemantauan Respirasi dan Manajemen Jalan napas.

i) Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

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

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

j) Defisit perawatan diri b.d kelemahan

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

Hasil evaluasi yang didapatkan pada pasien 2 (Ny. P) setelah perawatan selama 4 hari adalah keluarga mampu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Dengan ini maka masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

k) Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

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

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

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

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

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

m) Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilitas

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

Lampiran 2

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini merupakan hasil studi kasus beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus tentang asuhan keperawatan medikal bedah Stroke Non Hemoragik di ruangan perawatan Stroke Center Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1, Sidodadi Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tahun 1974 dikenal dengan Rumah sakit umum segiri. Pada 12 November 1977 diresmikan oleh Gubernur yaitu Bapak H.A.Wahab Sjahranie untuk pelayanan rawat jalan. Pada 21 Juli 1984, seluruh pelayanan rawat inap dan rawat jalan dipindahkan dari rumah sakit lama (Selili) ke lokasi rumah sakit baru yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia. Pada tahun 1987 nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie diresmikan. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi Rawat Jalan (20 klinik), Instalasi Rawat Inap (733 tempat tidur), Laboratorium, Radiologi, Radioterapi, Instalasi Penunjang Medik, Farmasi,

Hemodialisa, Rehabilitasi Medik, Intensive Care Unit, Kamar Operasi, Stroke Center.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Ruang Syaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi pasien dengan masalah sistem persyarafan yang diterima langsung setelah pasien datang dari IGD.

Bangunan pada ruang stroke center terdiri dari 3 kamar rawat inap di setiap kamarnya memiliki 5 tempat tidur pasien, 4 VIP, Ruang tindakan disetiap ruangan, nurse station, ruang dokter, ruang kepala ruangan, 1 kolam renang, 1 tempat gym.

4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil anamnesis pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarida

Identitas Klien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. S	Ny. T
Umur	62 tahun	65 Tahun
Jenis Kelamin	Laki – Laki	Perempuan
Agama	Islam	Konghucu
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	Pensiunan PNS	IRT
Alamat	Jln. Teratai, Sanga – Sanga	Jln. P. Semama, Berau
Diagnosa Medis	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik
Sumber Informasi	Langsung dari istri pasien	Langsung dari kakak pasien
No. Register	17.17.56	01.01.45
Keluhan Utama/Alasan Masuk RS	Kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan	Kelemahan anggota gerak bawah sebelah kanan
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pada tanggal 8-05-2019 pasien berobat ke Puskesmas dan langsung	Pada tanggal 10-05-2019 datang ke IGD dengan keluhan lemas, kaki kanan

	Pasien 1	Pasien 2
	<p>dirujuk ke RSUD. AWS pasien masuk IGD dengan keluhan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kanan dan bibir pelo di IGD pasien diobservasi selama 4 jam, kemudian dari IGD pasien di masukkan ke ruang perawatan Stroke Center dengan keluhan yang sama. Pada tanggal 13-05-2019 saat di kaji keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan anggota tubuh sebelah kanan dan berbicara tidak jelas .</p> <p>TD: 180/100mmHg, N: 89x/mnt, RR: 20x/mnt, T: 36,2 °C, Spo2: 99%</p>	<p>tidak bisa bergerak pasien masuk di ruang perawatan Stroke Center , pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak bawah sebelah kanan.</p> <p>TD: 170/100mmHg, N: 88x/menit, RR: 26x/menit, T: 36°C, Spo2: 96% Terpasang nasal kanul 3L</p>
Riwayat Kesehatan Dahulu	Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Tahun 2007 di RS. H. Darjat, 2011 di ruang Angsoka di RSUD AWS.	Keluarga mengatakan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya
Riwayat Kesehatan keluarga	Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit stroke	Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit hipertensi.
Pola Aktivitas Sehari-hari	Pasien tidur teratur dan tidak ada gangguan pola tidur	Pasien tidur teratur dan tidak ada gangguan pola tidur

Pola Eliminasi	Pasien 1	Pasien 2
	Pasien BAB dan BAK dalam batas normal	Pasien BAB dan BAK dalam batas normal
Pola Makan dan Minum	Pasien makan 3x sehari dan porsi makan selalu habis	Pasien terpasang NGT
Personal Hygiene	Pasien selama dirumah sakit hanya berseka 1 x/hari, gosok gigi dan potong kuku	Pasien selama dirumah sakit hanya berseka 1 x/hari, tidak ada gosok gigi dan potong kuku
Data Psikososial	Pasien dapat berkomunikasi dengan baik tetapi kalimat tidak jelas	Pasien terbatas dalam berkomunikasi

Pada tabel 4.1 ditemukan data berdasarkan hasil anamnesis. Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 13 Mei 2019, dengan umur 62 tahun pekerjaan pensiunan pns , dan bersuku banjar. Sedangkan pada pasien 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Mei 2019, dengan umur 65 tahun pekerjaan ibu rumah tangga, dan bersuku china. Diagnosa medis pada pasien 1 dan pasien 2 adalah Stroke Non Hemoragik. Pengkajian riwayat kesehatan pada pasien 1 dan pasien 2 memiliki keluhan yaitu pada pasien 1 mengalami kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan dan pasien 2 mengalami kelemahan anggota gerak bawah sebelah kanan.

Untuk hasil pengkajian riwayat kesehatan dahulu didapatkan data yaitu pada pasien 1 sebelumnya pada tahun 2007 pernah dirawat di RS. H. Darjat dan pada tahun 2011 pernah di rawat di ruang Angsoka RSUD. AWS dengan penyakit yang sama. Kemudian pada pasien 2 sebelumnya belum pernah masuk rumah sakit, riwayat kesehatan keluarga pada pasien 1 ada

anggota keluarga yang pernah menderita penyakit stroke dan pada pasien 2 ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi. Berdasarkan data yang ada pada hasil anamnesis pola aktivitas sehari-hari, saat melakukan pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 memiliki kesamaan untuk pola tidur atau istirahat pasien tidur teratur dan tidak ada gangguan pola tidur. Tidak ada masalah untuk pola eliminasi di rumah BAB maupun BAK pasien 1 dan 2 dalam sehari dengan batas normal. Kemudian pola eliminasi di rumah sakit BAB maupun BAK pasien 1 dan 2 dalam sehari masih dengan batas normal. Sedangkan untuk pola makan pasien 1 dan pasien 2 di rumah tidak ada masalah, pasien makan 3 kali dalam sehari. Lalu untuk di rumah sakit pasien terdapat masalah, pasien 1 pasien makan 3x sehari dan porsi makan selalu habis dan pasien 2 terpasang NGT. Dan untuk kebersihan diri pasien 1 mandi hanya di seka dan tetap gosok gigi, sedangkan pasien 2 mandi hanya dapat diseka dan tidak gisik gigi.

Kemudian berdasarkan data psikososial, saat melakukan pengkajian pada pasien 1 dapat berkomunikasi dengan baik tetapi kalimat yang diucapkan sedikit tidak jelas dan pasien 2 terbatas dalam berkomunikasi.

Tabel 4.2 Tabel Hasil pemeriksaan fisik pada pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Kesan umum/ Keadaan umum	Compos Mentis	Compos Mentis
Tanda - tanda vital	TD: 180/100mmHg N: 89 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,2 °C Spo2: 99% TB : 164 cm BB : 57 kg	TD:170/100 mmHg N : 88 x/menit RR : 26 x/menit S : 36,0 °C Spo2: 96% TB : 153 cm BB : 40 kg
Pemeriksaan kepala dan leher	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk kepala oval. - Warna rambut hitam , warna kulit sawo matang, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi. - Mata lengkap dan simetris, tidak ada pembengkakkan pada kelopak mata, dan kornea mata keruh. - Konjungtiva anemis, sclera mata tidak ikterus, dan pupil isokor. - Ketajaman mata pasien kabur dan tidak ada nyeri tekan pada bola. - Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip. - Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, ketegangan telinga elastis, dan Lubang telinga tidak ada serumen. - Keadaan bibir pasien Pasien 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Bentuk kepala oval. - Warna rambut hitam, warna kulit putih, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi. - Mata lengkap dan simetris, tidak ada pembengkakkan pada kelopak mata, dan kornea mata keruh. - Konjungtiva anemis, sclera mata tidak ikterus, dan pupil isokor. - Ketajaman mata pasien kabur dan tidak ada nyeri tekan pada bola. - Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip. - Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, ketegangan telinga elastis, dan Lubang telinga tidak ada serumen. Pasien 2

	<ul style="list-style-type: none"> - kering, keadaan gusi tidak ada lesi dan gigi terdapat karies, keadaan lidah kotor, langit langit terlihat bersih dan tidak ada peradangan. - Posisi trachea simetris, tidak terdapat pembesaran di tiroid, suara pasien tidak terdengar jelas dan normal, tidak ada pembesaran kelenjar lympe, tidak ada pembesaran vena jugularis, dan teraba denyutan nadi karotis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan bibir pasien kering, keadaan gusi tidak ada lesi dan gigi berlubang dan terdapat karies, keadaan lidah kotor, langit langit terlihat bersih dan tidak ada peradangan. - Posisi trachea simetris, tidak terdapat pembesaran di tiroid, suara pasien terdengar jelas dan normal, tidak ada pembesaran kelenjar lympe, tidak ada pembesaran vena jugularis, dan teraba denyutan nadi karotis.
Pemeriksaan payudara dan ketiak	<ul style="list-style-type: none"> - Ukuran payudara simetris, warna payudara dan aerola coklat, tidak terdapat pembesaran payudara, axila dan clavicula simetris. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ukuran payudara simetris, warna payudara dan aerola coklat, tidak terdapat pembesaran payudara, axila dan clavicula simetris.
Pemeriksaan thorak/ dada/ tulang punggung	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan paru- paru, pada saat inspeksi thorak tidak berbentuk simetris kanan dan kiri dan pasien tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, palpasi taktil premitus getaran paru kanan dan kiri sama pada saat pasien mengucapkan 77, perkusi terdengar suara sonor dan pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara. - Pemeriksaan jantung, pada saat melakukan inspeksi tidak ada pulsasi. Perkusi batas jantung berada di ICS II line sternal kiri-ICS II 	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan paru- paru, pada saat inspeksi thorak tidak berbentuk simetris kanan dan kiri dan pasien tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, palpasi taktil premitus getaran paru kanan dan kiri sama pada saat pasien mengucapkan 77, perkusi terdengar suara sonor dan pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara. - Pemeriksaan jantung, pada saat melakukan inspeksi tidak ada pulsasi. Perkusi batas jantung berada di

	<p>line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sterna kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sterna kanan. Saat melakukan auskultasi bunyi jantung I Bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II : saat didengar / auskultasi terdengar Bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan.</p>	<p>ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sterna kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sterna kanan. Saat melakukan auskultasi bunyi jantung I Bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II : saat didengar / auskultasi terdengar Bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan.</p>
Pemeriksaan abdomen	<p>Pada saat melakukan inspeksi bentuk abdomen membusung, tidak ada benjolan pada abdomen dan tidak ada bayangan pembuluh darah. Pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus : 14 x/menit. kemudian melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan di daerah antara ulu hati dan pusat, tidak ada benjolan / masa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pemebesaran lien dan dan pada saat perkusi terdengar suara abdomen terdengar tympani dan tidak ada asites</p>	<p>Pada saat melakukan inspeksi bentuk abdomen membusung, tidak ada benjolan pada abdomen dan tidak ada bayangan pembuluh darah. Pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus : 15 x/menit. kemudian melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan di daerah antara ulu hati dan pusat, tidak ada benjolan / masa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri pemebesaran lien dan dan pada saat perkusi terdengar suara abdomen terdengar tympani dan tidak ada asites</p>
Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya	<p>Pubis merata dan terdapat hemoroid di lubang anus</p>	<p>Pubis merata dan terdapat hemoroid di lubang anus</p>
Pemeriksaan Muskuloskeletal (ekstermitas)	<p>Otot pasien simetris, tidak ada udem pada pasien, kekuatan otot kanan 5/5 dan kiri 3/3, tidak ada kelainan pada punggung, ekstermitas dan kuku.</p>	<p>Otot pasien simetris, tidak ada udem pada pasien, kekuatan otot kanan 5/5 dan kiri 3/3, tidak ada kelainan pada punggung, ekstermitas dan kuku.</p>
Pemeriksaan Integumen	<p>Pasien tampak bersih, akral pasien teraba dingin, warna</p>	<p>Pasien tampak bersih, akral pasien teraba dingin, warna</p>

	<p>kulit pasien sawo matang, turgor kulit kembali dalam <2 detik, kulit lembab, dan tekstur kulit lunak.</p>	<p>kulit pasien putih, turgor kulit kembali dalam <2 detik, kulit lembab, dan tekstur kulit lunak.</p>
<p>Pemeriksaan Neurologis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan saraf <ul style="list-style-type: none"> – I : Pasien dapat membedakan bau. – II : Pasien tidak dapat melihat dengan jelas. – III : Pasien dapat mengikuti gerakan pensil ke kanan dan ke kiri. – IV : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke samping. – V : Pasien dapat menggerakkan rahang. – VI : Pasien dapat melihat ke kanan dan ke kiri. – VII : Pasien dapat merasakan makanan. – VIII : Pasien dapat mendengar dengan jelas. – IX : Pasien dapat menguyah . – X : Pasien dapat menelan. – XI : Pasien dapat menggerakkan kepala. – XII : Pasien dapat mengeluarkan lidahnya. • Fungsi motorik pasien bernilai 3 dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan pemeriksa. • Fungsi sensorik pasien baik dan normal, pasien dapat merasakan sentuhan kapas, rangsangan nyeri dengan jarum, panas dan dingin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan saraf <ul style="list-style-type: none"> – I : Pasien dapat membedakan bau. – II : Pasien tidak dapat melihat dengan jelas. – III : Pasien dapat mengikuti gerakan pensil ke kanan dan ke kiri. – IV : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke samping. – V : Pasien dapat menggerakkan rahang. – VI : Pasien dapat melihat ke kanan dan ke kiri. – VII : Pasien dapat merasakan makanan. – VIII : Pasien dapat mendengar dengan jelas. – IX : Pasien tidak dapat menguyah. – X : Pasien tidak dapat menelan. – XI : Pasien dapat menggerakkan kepala. – XII : Pasien dapat mengeluarkan lidahnya. • Fungsi motorik pasien bernilai 3 dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan pemeriksa. • Fungsi sensorik pasien baik dan normal, pasien dapat merasakan sentuhan kapas, rangsangan nyeri dengan jarum, panas dan dingin.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reflek fisiologis tricep (+) dan bicep (+), kemudian reflek patologis babinsky (+). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflek fisiologis tricep (+) dan bicep (+), kemudian reflek patologis babinsky (+).
Keamanan Lingkungan	Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko	Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko
Pemeriksaan status mental	Kondisi emosi atau perasaan pasien tenang dan stabil. Orientasi pasien dapat berkomunikasi tetapi kalimat tidak jelas	Kondisi emosi atau perasaan pasien tenang dan stabil. Orientasi pasien terbatas dalam berkomunikasi

Berdasarkan Tabel 4.2 Dari hasil pemeriksaan fisik baik pasien 1 maupun pasien 2 didapatkan keseluruhan normal hanya saja pada pasien 1 dan pasien 2 mengalami kelemahan otot, kemudian pada pasien 1 dan pasien 2 terdapat gangguan penglihatan dan pada pasien 1 dapat berkomunikasi dengan baik sedangkan pasien 2 terbatas dalam berkomunikasi. Untuk pemeriksaan status mental antara pasien 1 dan pasien 2 memiliki kesamaan dengan perasaan tenang dan stabil.

Tabel 4.3

Hasil Pemeriksaan Diagnostik Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	Pada tanggal 10 Mei 2019 – Leukosit : 8,47 (4,80-10,80) – Eritrosit : 4,65 (4,70 6,10) – Hemoglobin : 14,4 (12,0-16,0) – Hematokrit : 42,6 (37,0 – 54,0) – PLT : 321 (150-450) – Neutrofil% : 60 (40-74) – Glukosa sewaktu : 93 (70-140) – Kolesterol 284 (< 200)	Pada tanggal 08 Mei 2019 – Leukosit : 8,18 (4,80-10,80) – Eritrosit : 3,59 (4,70 6,10) – Hemoglobin : 9,9 (12,0-16,0) – Hematokrit : 31,6 (37,0 – 54,0) – PLT : 194 (150-450) – Neutrofil% : 68 (40-74) – Glukosa sewaktu : 91 (70-140)

Penjelasan :

Pasien 1 dan pasien 2 untuk pemeriksaan penunjang memiliki kesamaan yaitu untuk pemeriksaan laboratorium memiliki nilai glukosa sewaktu yang normal. Tetapi untuk nilai eritrosit pada pasien 1 dan pasien 2 jumlahnya di bawah batas normal. Sedangkan untuk nilai hemoglobin dan hematokrit pada pasien 1 jumlahnya dalam batas normal dan pada pasien 2 jumlahnya dibawah batas normal.

Tabel 4.4

Hasil Penatalaksanaan Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD Abdul
Wahab Sjahranie Samarinda

Penatalaksanaan	Pasien 1	Pasien 2
Cairan	Ringer Laktat 20 tpm	Nacl 20 tpm
Obat	<ul style="list-style-type: none"> - CPG 75g - Vit B - Aspar K - Amlodipin 10g - Micardis 80mg - Atorvastatin 20mg 	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone - Vipalbumin - Ciprofloxacin - B.Complex - Amlodipin - Micardis - CPG 75

Penjelasan :

Untuk penatalaksanaan terapi antara pasien 1 dan pasien 2 mendapatkan obat dan terapi yang berbeda dan mempunyai kesamaan obat yaitu CPG 75g, Amlodipin, dan Micardis.

Tabel 4.5

Hasil MCT-Scan Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD Abdul Wahab
Sjahranie Samarinda

Hasil MCT-Scan Pasien 1	Hasil MCT-Scan Pasien 2
Kesan: Infark Ganglia Basalis Kiri dan Sentrum Semiovale kanan	Kesan: Cerebral atrophy; Tidak tampak kelainan parenkim intracerebral dan intracerebellar

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien memakai oksigen (3L) - Pasien terpasang nasal kanul - Pasien terlihat sesak - Terlihat penggunaan otot bantu nafas di bahu pasien terlihat nain turun - TTV : TD:170/100 mmHg N : 88 x/menit RR : 26 x/menit T : 36,0 °C Spo2: 96% 		
2.	<p>Pasien 1</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bicara pelo <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara pasien tidak jelas, - Pasien terlihat sulit mempertahankan komunikasi - Pasien terlihat sulit menyusun kalimat - TD: 180/100mmHg N: 89 x/menit RR: 20 x/menit T: 36,2 °C Spo2: 100% 	<p>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</p>	<p>Perubahan system syaraf pusat</p>

	<p>Pasien 2</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan kaki sebelah kanan lemah untuk di gerakkan - Pasien mengatakan merasa lemah - Pasien hanya berbaring di tempat tidur <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan anggota tubuh sebelah kiri - Pasien terlihat lemah - Aktifitas pasien di bantu oleh keluarga atau perawat <p>TD:170/100 mmHg N : 88 x/menit RR : 26 x/menit T : 36,0 °C Spo2: 96%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot naik turun kaki menurun - Kekuatan Otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table>	5	5	1	5	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Gangguan Neuromuskular</p>
5	5						
1	5						

3	<p style="text-align: center;">Pasien 1</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa di gerakakkan - Pasien mengatakan aktivitasnya harus di bantu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko - Pasien tampak terlihat lemas <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	5	0			5	0	Resiko Jatuh (D.0143)	Kekuatan Otot Menurun
5	0								
5	0								

	<p>Pasien 2 DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan pernah jatuh di sebelah rumah - Kaki kanan pasien tidak bisa digerakan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Pasien tampak terlihat lemas - Adanya gangguan visual (penglihatan pasien kabur) - Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko - Kekuatan otot pasien <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table>	5	5	1	5	Resiko Jatuh (D.0143)	Kelemahan
5	5						
1	5						

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

*Pasien 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054) (Senin, 13 Mei 2019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 5. Tidak terjadi kontraktur otot dan footdrop 6. Pasien berpartisipasi dalam program latihan 7. Pasien mencapai keseimbangan saat duduk 8. Pasien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang paresis/plegi	2.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.2 Monitor tingkat kemandirian 2.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 2.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 2.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 2.7 Monitor Tanda-Tanda Vital 2.8 Ajarkan ROM (Range Of Motion atau latihan gerak rentang)
2.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler (D.0119) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 4. Menggunakan bahasa tertulis, lisan, atau nonverbal. 5. Pengenalan terhadap pesan yang diterima 6. Bertukar pesan secara akurat dengan orang lain	2.5 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2.6 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 2.7 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 2.4 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

3.	Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 3. Klien tidak jatuh 4. Klien dapat berdiri dan jalan seimbang dengan menggunakan alat bantu berjalan	3.8 Identifikasi factor resiko jatuh 3.9 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale) 3.10 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga pasien 3.11 Pasang handrail tempat tidur 3.12 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 3.13 Gunakan alat bantu berjalan 3.14 Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin
----	---	---	---

***Pasien 2**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Pola Napas Tidak Efektif b.d Penurunan Energi (D.0005) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil: 3. Mampu bernafas dengan mudah, tidak ada sianosis, dan dyspnea 4. Menunjukkan jalan nafas yang paten	1.4 Monitor pola napas 1.5 Monitor bunyi napas tambahan 1.6 Posisikan semi fowler atau fowler 1.7 Perhatikan kepatenan jalan napas 1.8 Berikan oksigen 1.9 Berikan minum hangat
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskuler (D.0054) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 1. Tidak terjadi kontraktur otot dan footdrop 2. Pasien berpartisipasi dalam program latihan 3. Pasien mencapai keseimbangan saat duduk 4. Pasien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang paresis/plegi	2.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.2 Monitor tingkat kemandirian 2.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 2.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 2.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 2.7 Monitor Tanda-Tanda Vital 2.8 Ajarkan ROM (Range Of Motion atau latihan gerak rentang)

3.	Resiko Jatuh b.d Kelemahan (D.0143) Senin, 13 Mei 2019	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 1. Klien tidak jatuh 2. Klien dapat berdiri dan jalan seimbang dengan menggunakan alat bantu berjalan	3.1 Identifikasi factor resiko jatuh 3.2 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale) 3.3 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga pasien 3.4 Pasang handrail tempat tidur 3.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 3.6 Gunakan alat bantu berjalan 3.7 Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin
----	--	---	--

4.1.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

*Pasien 1

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
2.	Senin, 13 Mei 2019 07.00 07.00 07.10	1.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien 2.4 Membantu memandikan pasien 3.3 Mengidentifikasi factor resiko jatuh	Pasien mengatakan aktivitas perawatan diri dibantu oleh perawat dan keluarga Pasien terlihat lebih segar dan rapi

07.10	3.4 Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse	Lingkungan di sekitar pasien aman
07.12	4.4 Memasang handrail ditempat tidur pasien	Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko
07.15	4.5 Menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan	Pasien terlihat aman setelah dipasang handrail
07.17	2.4 Mengulangi apa yang di sampaikan pasien	Pasien terlihat mengikuti anjuran
08.00	1.4 Membantu pasien makan 1.7 Menghitung tanda – tanda vital	Pasien paham dengan apa yang di sampaikan perawat
09.00	1.3 Membantu pasien BAK	Pasien makan dibantu oleh orang lain
10.00	1.3 Membantu pasien makan	TD : 160/100 N : 83 RR : 20 T : 36,5C
11.00	3.4 Memasang handrail di tempat tidur pasien	Pasien BAK di bantu oleh perawat
11.15	1.10 Mengukur tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan nafas	Pasien makan dibantu perawat
12.00	1.3 Membantu pasien BAK 3.4 Memasang handrail di tempat tidur pasien	Pasien terlihat aman setelah dipasang pengaman tempat tidur
13.00	2.5 Menganjurkan pasien untuk bicara perlahan	TD : 150/100mmHg N : 80x/i RR : 19x/i T : 36,1C
13.05		Pasien BAK dibantu oleh perawat
14.00		Pasien terlihat aman
		Pasien terlihat mengikuti instruksi perawat

2.	Selasa, 14 Mei 2019 07.00	1.4 Memandikan pasien	Pasien terlihat bersih dan segar
	07.10	1.2 Pasien sikat gigi sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat	Pasien terlihat mandiri
	07.13	1.3 Membantu pasien memakai baju	Pasien terlihat rapi
	08.00	1.3 Membantu pasien makan	Pasien masih membutuhkan bantuan orang lain untuk makan
	08.00	3.1 Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman setelah dipasang handrail
	09.00	1.11 Mengajarkan teknik latihan gerak rentang atau ROM	Pasien terlihat kooperatif saat diajarkan rom, dan keluarga paham setelah di ajarkan teknik rom Kekuatan otot bertambah 1/5/1/5
	10.30	1.5 Membantu pasien BAK	Pasien terlihat kooperatif dan mandiri
	11.00	2.2 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Pasien mengatakan lebih nyaman jika tempat tidurnya direndahkan
	11.10	2.8 Menganjurkan pasien untuk berbicara secara perlahan	Pasien terlihat berbiacara mulai pelan dan sudah bisa mengatur dengan perlahan
	11.15	2.4 Mengulangi apa yang dikatakan pasien	Perawat mengulang kembali apa yang dikatakan oleh pasien
	12.00	1.7 Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan	TD :160/100 RR: 19x/i N: 85x/i T : 36,0 C
	13.00	3.1 Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman
	14.00	2.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	Pasien terlihat masih kurang jelas brbicara
		1.7 Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan	TD : 150/100 RR : 19x/i

	15.00		N : 87x/i T : 36,3 C
	Rabu, 15 Mei 2019 07.00	1.6 Membantu memandikan pasien dan membantu memakaikan baju	Pasien lebih segar dan rapi
	08.00	1.3Membantu pasien makan	Porsi makan pasien habis
	09.00	1.12Menghitung TD, nad, suhu dan pernapasan	TD : 150/90 N : 80 RR : 20 T : 36,2 C
	09.15	1.3 Membantu pasien BAK	Pasien mampu untuk BAK sendiri
	10.00	2.1Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	Pasien terlihat sudah mulai berbicara perlahan dan sedikit sudah bisa menyusun kalimat dengan baik
	10.15	3.1Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman
	11.00	1.3Membantu pasien makan	Pasien makan dengan lahap dan porsi makan pasien habis
	12.00	1.4Mendampingi dan membantu pasien mengganti baju	Pasien terlihat mandiri saat mengganti baju
	13.00	Pasien KRS (Keluar rumah sakit / pulang)	Pasien KRS (Keluar rumah sakit / pulang)

***Pasien 2**

No.	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
-----	------------------	--------------------------	----------

1.	Senin, 13 Mei 2019		
	07.00	1.1 Monitor pola napas	RR : 26x/I
	07.02	2.3 Posisikan semi fowler atau fowler	Pasien nyaman dengan posisi setengah duduk
	07.05	1.7 Berikan oksigen	Terpasang nasal kanul 3L
	07.15	2.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien	Aktivitas pasien dibantu oleh orang lain dan perawat
	07.30	2.2 Memandikan pasien	Pasien terlihat dan segar
	07.45	2.1 Mengukur kemandirian pasien	Semua kegiatan pasien dibantu
	08.00	3.2 Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse	Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko
	08.05	3.4 Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman
	08.30	2.3 Memberi makan pasien melalui NGT	Susu cair rg : 200ml
	09.00	2.7 Menghitung tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu	TD : 160/100 mmHg N : 90x/i RR : 26x/i T : 36,2C
	10.00	1.3 Membantu pasien BAB dan BAK	Pasien menggunakan pampers
	10.00	2.4 Mengganti diapers	Pasien terlihat bersih
	11.00	2.3 Membantu pasien makan	Pasien menggunakan ngt, makanan masuk susu rg 200ml
	11.15	3.4 Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman
	12.00	2.7 Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi, dan pernapasan	TD : 159/89 mmHg N : 86x/i RR : 25x/I T : 36,0 C
		2.3 Membantu pasien minum	Pasien minum di bantu perawat
	13.00	2.1 Menghitung pernapasa pasien	RR : 25x/i

	14.00		
2	Selasa, 14 Mei 2019		
.	07.00	2.5 Memandikan pasien	Pasien terlihat bersih, dan segar
	07.15	2.3Membantu memakaikan pakaian pasien	Pasien terlihat rapi
	08.00	2.3Membantu pasien untuk makan	Pasien makan di bantu oleh perawat dan pasien tidak pakai ngt lagi
	08.15	1.1Melihat dan menghitung pola napas	RR : 20x/i
	08.15	1.2Melihat apakah ada nafas tambahan	Tidak ada suara napas tambahan
	08.15	1.1 Menghitung pola napas	Pernapasan pasien RR : 20 dan sudah tidak memakai oksigen lagi
	08.20		Pasien terlihat aman
	09.00	3.4 Memasang handrail	TD : 150/90 N : 87x/i RR : 20x/i

		2.7Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan	T : 36,1C
	09.00	2.8 Mengajarkan ROM (Latihan rentang gerak)	Pasien dan keluarga mengerti saat di ajarkan teknik ROM Kekuatan otot 5/5/1/5
	10.15	1.8 Membantu pasien untuk minum air hangat	Pasien mengatakan lebih suka air hangat dari pada teh
	10.20	3.4Memasang handrail tempat tidur	Pasien terlihat aman
	12.00	2.7Mengukur tekanan darah, suhu dan menghitung nadi dan pernapasan	TD : 150/100 mmHg N : 82x/i RR : 20x/i T : 36,0 C
	13.00	2.4Membantu pasien BAK dan BAB	Pasien BAK dan BAB menggunakan diapers
	13.05	2.4 Mengganti diapers	Pasien terlihat bersih
	14.20	2.3Membantu pasien makan	Pasien makan dibantu perawat
3.	Rabu, 15 Mei 2019	1.1Mengukur pola napas pasien	Pola napas pasien dalam batas normal RR : 19x/i Pasien mengatakan nafasnya tidak sesak lagi
	07.00	2.3 Memandikan pasien	Pasien terlihat bersih dan segar
	07.10	2.3Membantu memakaikan pakaian pasien dan membantu pasien makan	Aktifitas pasien dibantu oleh perawat
	07.20	3.4Memasang handrail tempat tidur pasien	Pasien terlihat aman
	08.00	2.3 Membantu pasien makan	Pasien makan tapi tidak habis
	09.00	2.5 Memotong kuku pasien	Kuku pasien terlihat bersih setelah dipotong
	10.00	2.7Menghitung TD, nadi, pernapasan, dan suhu	TD : 150/100 N : 89 RR : 20 T : 36,3C
	12.00	2.8Mengajarkan ROM (Latihan rentang gerak)	Pasien mengikuti gerakan dan keluarga paham dengan teknik ROM yang diberikan
	12.30		

	13.00 14.00	2.3Membantu pasien makan 2.3Membantu pasien BAK dan mengganti diapers	Kekuatan otot kaki bertambah 5/5/2/5 Pasien makan masih di bantu perawat Pasien terlihat bersih setelah di ganti diapers dan pasien merasa nyaman
--	--------------------	--	--

4.1.2.5 Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 1 dengan SNH Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1	Dx 1	S: Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh orang lain

<p>Senin, 13 Mei 2019</p>	<p>DX 2</p> <p>DX 3</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lebih segar dan rapi - TD : 160/100mmHg N : 83 RR : 20x/i T : 36,5C <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <p>S: Pasien mengatakan paham dengan pesan yang di sampaikan perawat</p> <p>O: Pasien terlihat mengikuti anjuran perawat</p> <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien terlihat aman setelah dipasang handrail</p> <p>A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
<p>Hari 2 Selasa, 14 Mei 2019</p>	<p>DX 1</p>	<p>S: Pasien mengikuti dan kooperatif saat di ajarkan latihan ROM</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat bersih dan rapi - Pasien terlihat mulai mandiri - TD : 160/100mmHg N : 85x/i RR : 19 T : 36,0 C - Kekuatan Otot 1/5/1/5 <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>

	DX2	<p>S : - O: Perawat mengulangi kembali apa yang di katakana oleh pasien A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
	DX3	<p>S: Pasien mengatakan nyaman tempat tidurnya di rendahkan O: - Pasien terlihat nyaman - Pasien terlihat aman setelah di pasang handrail A: Masalah resiko jatuh teratasi P : Pertahankan intervensi</p>

Hari 3 Rabu, 15 Mei 2019	DX 1	<p>S: Pasien mengatakan badannya lebih segar setiap habis dimandikan</p> <p>O: Pasien terlihat lebih segar dan rapi</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p>
	DX 2	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan</p> <p>O: Pasien terlihat berbicara sudah mulai jelas walau belum sepenuhnya</p> <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p>
	DX 3	<p>S: -</p> <p>O: Pasien terlihat aman setelah di pasang handrail</p> <p>A: Masalah resiko jatuh teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi (Pasien KRS/ Pasien keluar rumah sakit (pulang))</p>

Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 2 dengan SNH Di Ruang Stroke Center

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Senin, 13 Mei 2019	DX 1	S : Pasien mengatakan sesak nafasnya O : - Pasien terpasang nasal kanul 3L - RR : 26x/i A: Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
	DX 2	S: Pasien mengatakan aktifitasnya di bantu oleh perawat O : - Pasien terlihat lebih bersih dan segar - Pasien makan melalui NGT : Susu rg - TD : 160/100 N : 90x/i RR : 26x/i T : 36,2C A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
	DX 3	S:- O: - Pasien terlihat aman setelah di pasang handrail - Total skor skala morse pasien dalam kategori resiko A: Masalah resiko jatuh teratasi sebagian P : Pertahankan intervensi

<p>Hari 2</p> <p>Selasa, 14 Mei 2019</p>	DX 1	<p>S : Pasien mengatakan nafasnya sudah tidak sesak lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 20x/i - Pasien sudah tidak memakai oksigen lagi <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>
	DX 2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan aktifitasnya masih harus dibantu oleh perawat - Pasien mengikuti pada saat di ajarkan ROM <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat aktifitasnya masih tergantung pada orang lain - Pasien terlihat mengikuti dan kooperatif pada saat di ajarkan ROM - Kekuatan otot 5/5/1/5 - TD :150/90 N : 87x/i RR : 20x/i T : 36,1C <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan dan Pertahankan intervensi</p>
	DX 3	<p>S : -</p> <p>O : Pasien terlihat lebih aman setelah di pasang handrail</p> <p>A: Masalah resiko jatuh teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p>

<p>Hari 3</p> <p>Rabu, 15 Mei 2019</p>	DX 1	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi</p> <p>O: - RR : 19x/I - Pernafasan pasien terlihat normal dan teratur</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>
	DX 2	<p>S: -Pasien mengatakan aktivitasnya masih tetap dibantu -Pasien mengatakan paham dengan gerakan ROM</p> <p>O: - Pasien terlihat lebih segar dan bersih - Pasien terlihat menggerakkan tangan dan kakinya - Kekuatan otot 5/5/2/5</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p>
	DX 3	<p>S: -</p> <p>O: Pasien aman terpasang handrail</p> <p>A: Masalah resiko jatuh teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>

4.2 Pembahasan :

4.2.1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular

Dari hasil analisa dan perumusan masalah yang dilakukan penulis, penulis menemukan diagnosa gangguan mobilitas fisik saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan pasien 2 dengan data yang menunjang yaitu pada pasien 1 mengatakan tangan dan kaki kanan tidak bisa di gerakkan dengan kekuatan otot 5/0/5/0 dan pasien 2 mengatakan kaki kanannya tidak dapat digerakan dengan kekuatan otot 5/5/1/5, pasien terlihat lemah hanya berbaring ditempat tidur dan semua aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat. Intervensi pada pasien 1 dan pasien 2 sama dan sesuai dengan implementasi.

Gangguan mobilitas fisik pada pasien dipicu oleh kekuatan otot yang melemah, hal ini sesuai dengan penelitian Masykuri (2014) bahwa dampak yang fatal bagi tubuh seseorang diantaranya penurunan aktivitas atau gangguan mobilisasi, sumbatan pada darah akan mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi sehingga mengakibatkan gangguan pada sistem saraf pusat.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik mungkin dapat di sebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 dan pasien 2, pada pasien 1 yaitu meliputi anggota gerak sebelah kanan tidak dapat di gerakkan karena kekuatan otot yang melemah setelah di ajarkan teknik ROM keluarga paham dan mengajarkan ke pasien, pasien bersemangat mengikuti instruksi latihan karena dukungan keluarga selain itu pasien paham tentang penyakitnya dan keinginannya yang cukup tinggi untuk sembuh dan sehat seperti dulu . Sedangkan pada pasien 2 meliputi anggota gerak bawah kanan tidak dapat di gerakkan, di hari kedua saat di ajarkan teknik ROM pasien terlihat kurang

bersemangat karena kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya dan dukungan dari keluarga, selain itu pasien 2 mengalami serangan pertama.

4.2.2 Gangguan Komunikasi Verbal b.d Perubahan System Saraf Pusat

Dari hasil analisa dan perumusan masalah yang dilakukan penulis, penulis menemukan diagnosa gangguan komunikasi verbal saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien 2 tidak mengalami gangguan komunikasi verbal, sedangkan pada pasien 1 mengalami gangguan komunikasi verbal. Pasien 1 terlihat kurang jelas saat berbicara, pasien terlihat pelo dan sulit untuk mengungkapkan kata-kata.

Intervensi dari pasien 1 sesuai dengan implementasi yang dilakukan yaitu, mengulangi apa yang dikatakan pasien, menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan. Dapat disimpulkan bahwa intervensi yang dibuat hanya 3 yang dilakukan pada pasien 1 sesuai dengan kebutuhan pasien dan evaluasi dari diagnosa gangguan komunikasi verbal belum teratasi pada pasien 1 sehingga tetap dilanjutkan intervensi yang dibuat.

Data tersebut sesuai teori menurut (Amin, 2015), gejala yang timbul karena stroke yaitu yaitu mengalami kelemahan dan kelumpuhan, tiba – tiba hilang rasa kepekaan, bicara pelo dan cadel, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, penurunan kesadaran dan mengalami gangguan fungsi otak.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal mungkin dapat di sebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 yaitu

meliputi pasien berbicara pelo yang terjadi akibat cedera otak sehingga mengalami gangguan komunikasi verbal selain itu akibatnya sebelumnya pasien 1 sudah mengalami serangan stroke yang mengenai saraf pusat ke 5 yaitu *nerveus trigeminus* dimana bagian ini membentuk saraf sensorik utama pada wajah, dan rongga nasal serta rongga oral. Sedangkan pada pasien 2 tidak terjadi gangguan komunikasi verbal karena pada pada pasien 2 baru terjadi serangan pertama sehingga belum mengenai system syaraf pada bagian wajah sesuai dengan hasil pemeriksaan mct- scan pada pasien 2 kesannya *cerebral atrophy* : tidak tampak kelainan parenkim *intracerebral* dan *intracerebellar*.

4.2.3 Pola Napas Tidak Efektif b.d Penurunan Energi

Dari hasil analisa dan perumusan masalah yang dilakukan penulis, penulis menemukan diagnosa pola nafas tidak efektif saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien 2 dan tidak di temukan pada pasien 1. Dengan data yang menunjang pola nafas pada pasien 2 keluhan yaitu pasien mengeluhkan sesak nafas, pola nafas pasien abnormal dengan RR: 26 x/mnt dan pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Pola nafas pada pasien 1 normal tidak mengeluh sesak nafas, RR 20x/i. Dari data pada pasien 2 yaitu pasien merasakan sesak dan terpasang oksigen nasal kanul, namun pada kedua pasien juga memiliki perbedaan dimana pada pasien 1 RR: 20 x/mn,t sedangkan pada pasien 2 RR: 26 x/mnt.

Intervensi pada pasien 2 dimana implementasi hanya dilakukan empat intervensi , yaitu memantau respirasi, mengatur posisi pasien semi fowler 45°, memberikan O2 nasal kanul 3 liter, menstabilisasikan jalan nafas. Sehingga evaluasi hari prtama

yang diperoleh dari pasien 2 yaitu RR: 26 x/mnt, posisi pasien semi fowler 45°, pasien terpasang oksigen 3 ltr/m. Pada hari kedua dan ketiga pernapasan pasien sudah normal RR 20x/i. Sedangkan evaluasi pada pasien 2 yaitu RR: 20 x/mnt, pernapasan normal tidak memakai oksigen.

Dapat disimpulkan bahwa intervensi yang dibuat hanya lima yang dilakukan pada pasien 2 karena sesuai dengan kebutuhan pasien dan satu intervensi yang tidak dilakukan pada pasien 2. Evaluasi dari diagnosa ini adalah masalah pola nafas tidak efektif teratasi pada pasien 2 sehingga tetap dilanjutkan intervensi pada pasien 2. Diagnosa pola nafas tidak efektif 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 O₂ sehingga terjadi sesak nafas.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 2 yaitu meliputi pasien mengatakan sesak nafas yang terjadi karena penyumbatan suplai darah yang mengandung oksigen menjadi terganggu dan menyebabkan sesak nafas. Sedangkan pada pasien 1 tidak terjadi sesak nafas dikarenakan pada pasien 1 sudah tau bagaimana cara mengatasi apabila serang stroke datang menyerang.

4.2.4 Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot/Kelemahan

Dari hasil analisa dan perumusan masalah yang dilakukan penulis hasil pengkajian pada pasien 1 yaitu skala morse dalam kategori sedang, kekuatan otot menurun dan kebutuhan ADLs pasien yang dibantu. Sedangkan pada pasien 2 skala morse tinggi, kekuatan otot menurun dan aktivitas pasien yang dibantu sehingga diagnosa risiko jatuh terjadi pada kedua pasien . Dari data kedua pasien memiliki kesamaan yaitu kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan kekuatan otot menurun pada pasien 1 dan pasien 2, namun dari kedua pasien memiliki perbedaan yaitu total skor skala morse pada pasien 1 60 risiko tinggi sedangkan pada pasien 2 nilai skala morse 80 dengan kategori risiko tinggi.

Intervensi pada pasien 1 dan pasien 2 sama dimana implementasi dari kedua pasien yaitu identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Dari pembahasan di atas dapat di simpulkan bahwa intervensi yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan kebutuhan pasien.

Risiko jatuh pada kedua pasien dipicu oleh kekuatan otot yang melemah hal ini sesuai dengan penelitian Geurts, et.al (2008) bahwa orang yang selamat dari stroke berisiko tinggi untuk jatuh dalam semua tahap stroke karena stroke memiliki konsekuensi berat terhadap gangguan fisik, kognitif dan psikologis.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan risiko jatuh mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu

meliputi skala morse pasien dalam kategori tinggi yang disebabkan karena kekuatan otot pasien yang melemah.