

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH:

Nama : SULISTIYAWATI

NIM : P07220117073

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

2020

KARYA TULIS ILMIAH

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

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



OLEH:

Nama : SULISTIYAWATI

NIM : P07220117073

**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 akan bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan,.....
Yang menyatakan

Nama: Sulistiyawati
NIM: P07220117073

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL, 11 Mei 2020

Oleh
Pembimbing

Sri Hazanah, S.ST., SKM., M.P.H.
NIDN. 4018126601

Pembimbing Pendamping

Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd.
NIDN. 4008047301

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

Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

**Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non
Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit**

Telah Diuji

Pada tanggal, 15 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes
NIDN. 4025096101

.....

Penguji Anggota

1. Sri Hazanah, S.ST., SKM., M.P.H.
NIDN. 4018126601

.....

2. Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd
NIDN. 4008047301

.....

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

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

Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Sulistiyawati
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Batu Licin, 15 Juni 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. No Telfon : 082352303009
7. Alamat Email : sulistiyawati1506@gmail.com
8. Alamat : Babulu Darat Rt. 18, Kec. Babulu,
Kab. Penajam Paser Utara.

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 001 Babulu tahun 2005 – 2011
2. MTs Al-Amin Babulu tahun 2011 – 2014
3. SMAN 4 PPU tahun 2014 – 2017
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2017 –
sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah penelitian yang berjudul “*Literature Review*Asuhan Keperawatan Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2020” tepat pada waktunya.

Adapun tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah penelitian ini adalah untuk mempelajari cara pembuatan Karya Tulis Ilmiah pada Poltekkes Kemenkes Kaltim dan untuk memperoleh gelar Ahli madya keperawatan.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah penelitian ini dapat selesai. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H.Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG,M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Yeyen Andi Hermawan, Siti Fatimah, Nurhansanah dan Mochammad Ambri selaku kakak saya dan sebagai pengganti orang tua. Terima kasih banyak sudah selalu mendukung, dan mendoakan saya tanpa hentinya.
8. Teman – teman angkatan ke – 6 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah penelitian ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Balikpapan, 20 Februari 2020

Penulis

Sulistiyawati

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT”

Pendahuluan: Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Menurut *World Health Organisation* (WHO) tahun 2012 angka kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode *literatur review* asuhan keperawatan. Unit analisis adalah klien stroke non hemoragik dengan dua sumber kasus review yang berbeda. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan pemeriksaan diagnostik. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi keperawatan kampus Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

Hasil dan Pembahasan: Setelah dilakukan *review* kasus asuhan keperawatan maka hasil yang ditemukan terdapat diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 dan klien 2 yang sama yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan mobilitas fisik dan risiko jatuh, serta terdapat empat diagnosa yang sama dengan teori yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan mobilitas fisik, Gangguan komunikasi verbal dan risiko jatuh.

Kesimpulan dan Saran: Dapat disimpulkan dari hasil *literatur review* pada kasus stroke non hemoragik Pada klien pertama ditemukan tujuh diagnosa keperawatan yang muncul, dua diagnosa yang teratasi dan lima diagnosa lainnya belum teratasi. Pada klien kedua ditemukan lima diagnosa keperawatan yang muncul, satu diagnosa teratasi sebagian dan empat diagnosa lainnya belum teratasi. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien stroke non hemoragik.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik.

ABSTRACT

" NURSING CLIENT CARE WITH NON HEMORAGIC STROKE TREATED IN HOSPITAL "

Introduction: *Non-Hemorrhagic Stroke is a stroke that occurs due to blocked blood vessels that causes blood flow to the brain partially or completely stopped. According to the 2012 World Health Organization (WHO) the death rate from stroke by 51% worldwide is caused by high blood pressure. In addition, it is estimated that 16% of stroke deaths are caused by high glucose levels.*

Method: *This study used a method literature review of nursing care. The unit of analysis is a non-hemorrhagic stroke client with two different case review sources. Data collection methods are by interview, physical examination, documentation study, and diagnostic examination. The data collection instrument used the format of Nursing Care in accordance with the provisions in force in the Nursing Study Program at the Poltekkes Kemenkes East Kalimantan campus.*

Results and Discussion: *After a review of nursing care cases, the results found that there were nursing diagnoses that were established on the same client 1 and client 2, namely the risk of ineffective cerebral perfusion, impaired physical mobility and the risk of falling, and there are four diagnoses that are the same as theory. Risk of ineffective cerebral perfusion, impaired physical mobility, impaired verbal communication and risk of falling.*

Conclusions and Suggestion: *It can be concluded from the results of the literature review in cases of non-hemorrhagic stroke. In the first client, seven nursing diagnoses were found, two diagnoses were resolved and five other diagnoses were not yet resolved. In the second client found five nursing diagnoses that appeared, one diagnosis was partially resolved and four other diagnoses had not yet been resolved. It is hoped that further researchers will be able to carry out a holistic assessment related to what is experienced by the client so that nursing care can be achieved precisely in accordance with the problems found in non-hemorrhagic stroke clients.*

Keywords: *Nursing Care, Non-Hemorrhagic Stroke.*

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|----------------|
| Halaman Sampul Depan | |
| Halaman Sampul Dalam | i |
| Surat Pernyataan..... | ii |
| Halaman Persetujuan | iii |
| Halaman Pengesahan | iv |
| Daftar Riwayat Hidup | v |
| Halaman Kata Pengantar | vi |
| Abstrak | viii |
| Daftar Isi | x |
| Daftar Gambar | xiii |
| Daftar Bagan | xiv |
| Daftar Tabel | xv |
| Daftar Lampiran | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 4 |
| 1. Tujuan Umum | 4 |
| 2. Tujuan Khusus | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| 1. Bagi peneliti | 5 |
| 2. Bagi tempat penelitian | 5 |
| 3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Dasar Medis Stroke Non Hemoragik..... | 6 |
| 1. Definisi..... | 6 |
| 2. Anatomi dan Fisiologi..... | 7 |

| | |
|---|-----------|
| 3. Etiologi..... | 10 |
| 4. Patofisiologi | 17 |
| 5. Pathway Stroke Non Hemoragik | 20 |
| 6. Komplikasi | 21 |
| 7. Manifestasi Klinis | 22 |
| 8. Klasifikasi | 22 |
| 9. Pemeriksaan penunjang | 24 |
| 10. Penatalaksanaan | 26 |
| B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Non Hemoragik | 31 |
| 1. Pengkajian Keperawatan..... | 31 |
| 2. Diagnosa Keperawatan | 40 |
| 3. Perencanaan Keperawatan | 48 |
| 4. Pelaksanaan Tindakan keperawatan | 52 |
| 5. Evaluasi Keperawatan..... | 53 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Pendekatan (Desain Penelitian)..... | 56 |
| B. Subyek Penelitian..... | 56 |
| C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) | 57 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian | 58 |
| E. Prosedur Penelitian..... | 58 |
| F. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data..... | 60 |
| G. Keabsahan Data..... | 61 |
| H. Analisis Data | 61 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Hasil | 63 |
| 1. Gambaran Lokasi Penelitian | 63 |
| 2. Gambaran Subjek Studi Kasus..... | 64 |
| B. Pembahasan..... | 111 |
| 1. Pengkajian..... | 111 |
| 2. Diagnosa Keperawatan | 115 |
| 3. Intervensi keperawatan | 130 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| 4. Implementasi keperawatan..... | 141 |
| 5. Evaluasi Keperawatan..... | 145 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|-----|
| A. Kesimpulan | 146 |
| B. Saran..... | 149 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--------------------------------------|---------|
| Gambar 2.1 Stroke Non Hemoragik..... | 6 |
| Gambar 2.2 Anatomi otak..... | 8 |



DAFTAR BAGAN

Halaman

| | |
|--|----|
| Bagan 2.1 Pathway Stroke Non Hemoragik | 20 |
|--|----|



DAFTAR TABEL

Halaman

| | |
|--|-----|
| Tabel 2.1 Batasan karakteristik Nyeri | 42 |
| Tabel 2.2 Batasan karakteristik Defisit Nutrisi | 43 |
| Tabel 2.3 Batasan karakteristik Gangguan Persepsi Sensori | 44 |
| Tabel 2.4 Batasan karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik | 45 |
| Tabel 2.5 Batasan karakteristik Gangguan integritas kulit | 46 |
| Tabel 2.6 Batasan karakteristik Gangguan komunikasi verbal | 47 |
| Tabel 2.7 Intervensi..... | 48 |
| Tabel 4.1 Hasil anamnesa klien 1 dan 2..... | 64 |
| Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan penunjang klien 1 dan 2..... | 74 |
| Tabel 4.3 Analisa Data klien 1 | 76 |
| Tabel 4.4 Analisa Data klien 2..... | 78 |
| Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan klien 1 dan 2..... | 79 |
| Tabel 4.6 Intervensi keperawatan klien 1 | 82 |
| Tabel 4.7 Intervensi keperawatan klien 2 | 87 |
| Tabel 4.8 Implementasi keperawatan klien 1 | 89 |
| Tabel 4.9 Implementasi keperawatan klien 2..... | 93 |
| Tabel 4.10 Evaluasi keperawatan klien 1 | 96 |
| Tabel 4.10 Evaluasi keperawatan klien 2..... | 105 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Lampiran 1 | Lembar Konsultasi |
| Lampiran 2 | Format Pengkajian Keperawatan |
| Lampiran 3 | Format Data Fokus |
| Lampiran 4 | Format Analisa Data |
| Lampiran 5 | Format Rencana Keperawatan |
| Lampiran 6 | Format Tindakan Keperawatan |
| Lampiran 7 | Format Evaluasi Keperawatan |
| Lampiran 8 dan 9 | Literature Review |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pola hidup sehat mempunyai peranan yang penting untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan di masyarakat. Dewasa ini memulai gaya hidup sehat justru di anggap kegiatan yang melelahkan bagi sebagian individu. Gaya hidup yang kurang sehat dapat saja dipengaruhi oleh peningkatan kemakmuran dan kemajuan teknologi yang mengakibatkan perburukan pola hidup masyarakat serta menjadi salah satu penyebab terjadinya penyakit degeneratif yaitu jantung, hipertensi, diabetes melitus, gagal ginjal, hepatitis dan stroke (Indrawati Lili, Wening Sari, 2016).

Stroke sebagai salah satu penyakit degeneratif didefinisikan sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Junaidi, 2012).

Berdasarkan data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2012 angka kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa (Kemenkes RI, 2017). American

Heart Assosiation (AHA, 2015) menyebutkan angka kejadian Stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya Stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1,9%.

Kejadian stroke di Indonesia pada tahun 2018 yaitu sebanyak 10,9% dari 1.000 penduduk, sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur sebanyak 14,7% (Risksedas, 2018). Data yang diperoleh dari studi pendahuluan pada tanggal 20 Januari 2020 di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan menunjukkan angka kejadian stroke sejak bulan Januari 2019 hingga tanggal 20 Januari 2020 sebanyak 971 kasus, didominasi oleh stroke non hemoragik sebanyak 711 dan stroke hemoragik 260 pasien.

Stroke non hemoragik di definisikan sebagai suatu penyakit akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif Huda, 2016). Hal ini disebabkan karena penumpukan kolestrol pada dinding pembuluh darah (aterosklerosis) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2011).

Prevalensi stroke non hemoragik yang tinggi tersebut umumnya di sebabkan dua faktor. Pertama adalah genetik atau berhubungan dengan fungsi tubuh yang normal sehingga tidak dapat dimodifikasi berupa usia, jenis kelamin, ras, riwayat stroke dalam keluarga dan serangan *Transient Ischemic Attack* atau stroke sebelumnya. Faktor kedua merupakan akibat dari gaya

hidup seseorang dan dapat dimodifikasi berupa hipertensi, diabetes mellitus, merokok, hiperlipidemia dan intoksikasi alkohol (WHO, 2012).

Kualitas hidup yang lebih baik dapat diciptakan melalui beberapa upaya pemenuhan kesehatan, salah satunya pemerintah telah membuat program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Germas merupakan sebuah gerakan yang bertujuan untuk masyarakat melakukan budaya hidup sehat serta meninggalkan kebiasaan dan perilaku masyarakat yang kurang sehat (Kemenkes RI, 2017)

Perawat merupakan fasilitator dalam mewujudkan gerakan masyarakat hidup sehat sesuai dengan perannya. Sebagai *care giver* yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dan sebagai *educator* dalam bentuk pendidikan kesehatan yang meliputi kebutuhan nutrisi, perawatan pasca stroke, serta anjuran-anjuran pada keluarga sebagai upaya membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan pencegahan agar tidak terjadi serangan stroke berulang (Praditiya, 2017).

Salah satu tindakan keperawatan untuk pasien stroke yaitu pasien dibantu untuk bergerak atau tubuh klien digerak-gerakkan secara sistematis yang biasa disebut rentang gerak atau *Range Of Motion* (ROM) dimana ROM adalah tindakan latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitasnya terbatas karena penyakit, disabilitas dan trauma baik secara aktif maupun pasif. ROM Pasif yaitu latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat setiap melakukan gerakan latihan (Praditiya, 2017).

Berdasarkan uraian di atas tergambar bahwa stroke non hemoragik merupakan masalah serius baik di Indonesia maupun dunia. Hal tersebut kemudian mendasari peneliti tertarik untuk memilih stroke non hemoragik sebagai kasus kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ditunjang dengan data penelitian yang cukup, studi literature yang luas serta tempat penelitian yang memadai dan dekat dengan tempat perkuliahan.

B. Rumusan Masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan umum

Untuk menggambarkan asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Mengkaji klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

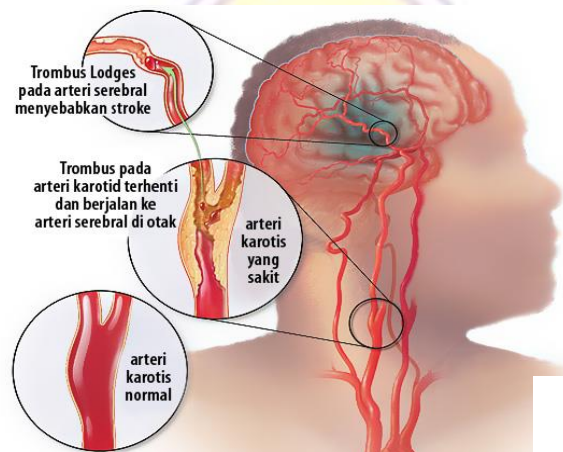
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam ilmu keperawatan dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik yang dirawat di rumah sakit sehingga dapat mengurangi bertambahnya angka kesakitan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Stroke Non Hemoragik

1. Definisi



Gambar 2.1
Stroke iskemik

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif Huda, 2016). Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri 2013).

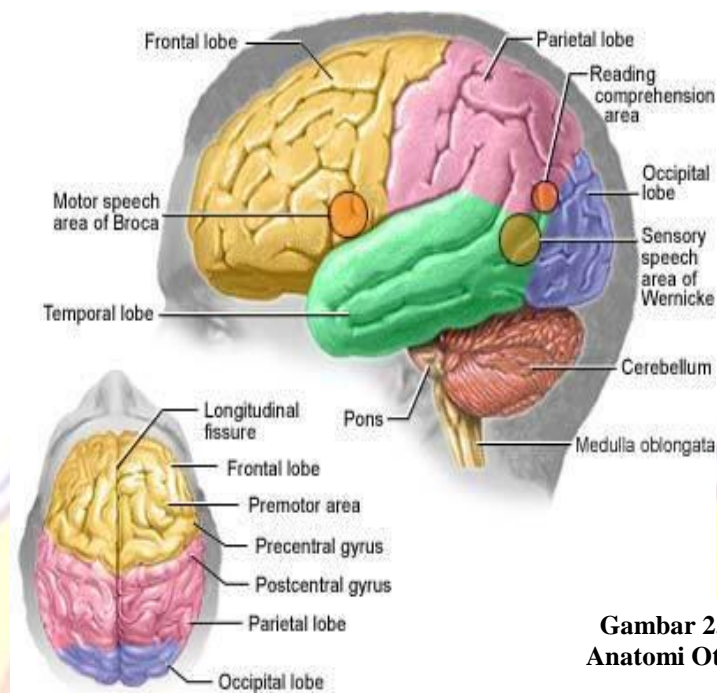
Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non-hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non-hemoragik dan 20% persen sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Wilson & Price, 2016).

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Berbeda dengan otak dan jaringan lainnya. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

- 1) *Otak besar*, Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parientalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.
- 2) *Otak kecil*, Terletak dibawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.
- 3) *Batang otak*, Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.



**Gambar 2.2
Anatomi Otak**

b. Saraf kepala dibagi dua belas yaitu:

- 1) *Nervus olfaktorius*, saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- 2) *Nervus optikus*, Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.
- 3) *Nervus okulomotoris*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- 4) *Nervus troklearis*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.

- 5) *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar. Sarafnya yaitu:
- a) *Nervus oltamikus*: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
 - b) *Nervus maksilaris*: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
 - c) *Nervus mandibula*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- 6) *Nervus abduzen*, sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
- 7) *Nervus fasialis*, sifatnya majemuk (sensori dan motorik) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.
- 8) *Nervus Vestibulokoklearis*, sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.

- 9) *Nervus glossofarineus*, sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.
- 10) *Nervus vagus*, sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan para simpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. fungsinya sebagai saraf perasa.
- 11) *Nervus asesorius*, saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
- 12) *Nervus hipoglossus*, saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyang.

3. Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena 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 (Pudiastuti, 2011).

Stroke non hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang

dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (*upper motor neuron*) dan hipertensi (Muttaqin, 2011).

a. Faktor risiko stroke

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (*non-modifiable risk factors*) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (*modifiable risk factors*) (Nastiti, 2012). Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

1) Faktor risiko tidak dapat dikendalikan

a) Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

b) Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih

tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c) Ras

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (Intracerebral Hemorrhage).

d) Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

2) Faktor risiko dapat dikendalikan

a) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri.

Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan penambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

b) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis

pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging (Misbach, 2013).

Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Yulianto, 2011).

c) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level Low Density Lipoprotein (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolestrol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan

terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2011).

d) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2013). Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Lingga, 2013).

e) Kebiasaan mengonsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach, 2013).

f) Aktifitas fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke

(Yulianto, 2011). Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2013)

g) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

4. Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2010).

Infark iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara:

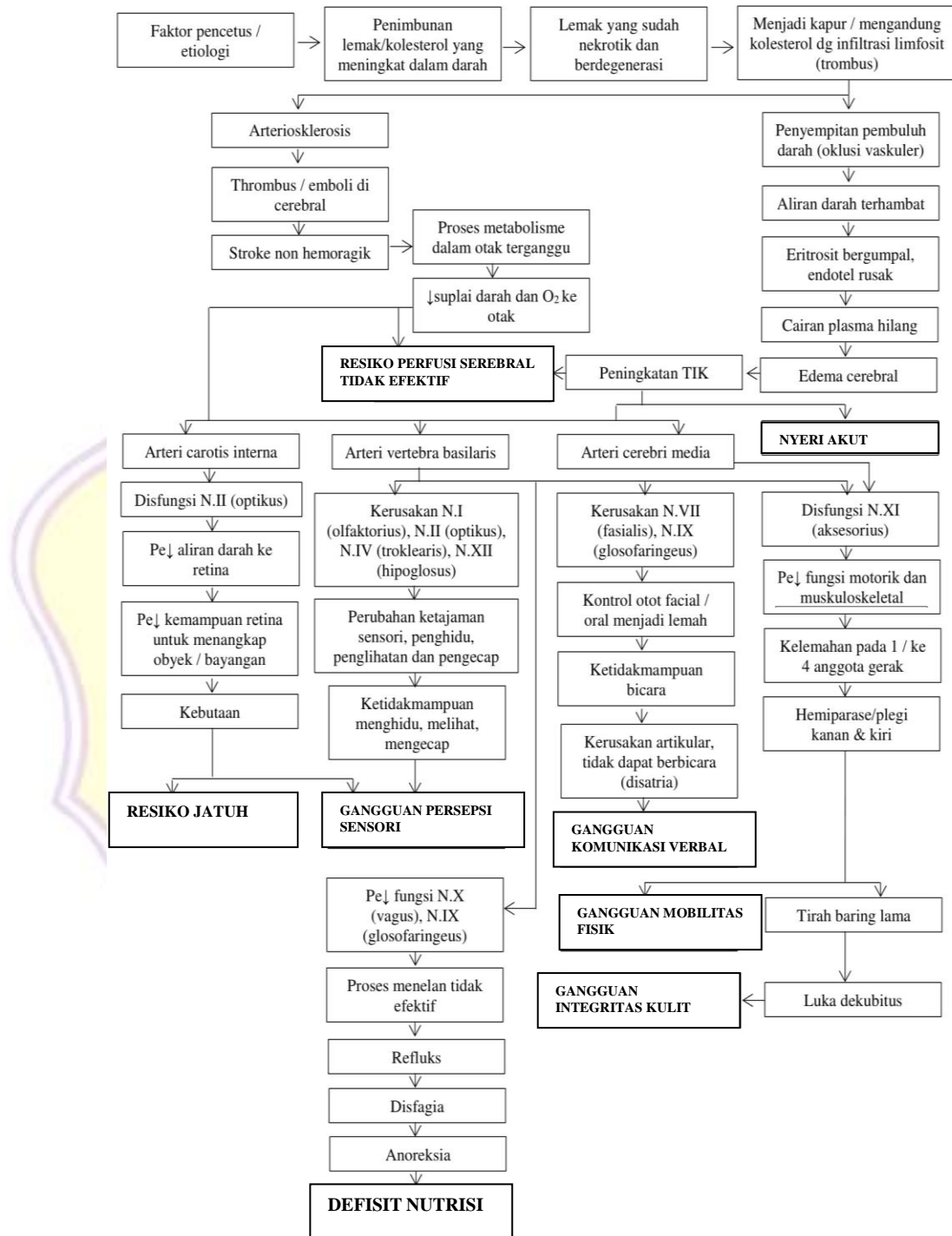
- a. Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi atau jantung tidak dapat memompa darah secara memadai keseluruh tubuh.
- b. Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus dan perdarahan aterm.
- c. Dapat terbentuk thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli.
- d. Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek.

Faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak:

- a. Keadaan pembuluh darah.
- b. Keadaan darah : viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun.
- c. Tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak. Otoresulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak.
- d. Kelainan jantung menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskhemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung).

Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest.

5. Pathway Stroke Non Hemoragik



Bagan 2.1
Pathway Stroke Non Hemoragik

Sumber: (Nurarif Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

6. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah, & Jauhar, 2013).

Komplikasi Stroke Menurut (Pudiastuti, 2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

- 1) Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- 2) Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- 3) Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- 4) Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

- 5) Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

7. Manifestasi Klinis

Menurut (Nurarif Huda, 2016), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

- a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Bicara pelo
- d. Gangguan bicara dan bahasa
- e. Gangguan penglihatan
- f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat
- h. Nyeri kepala hebat
- i. Vertigo
- j. Kesadaran menurun
- k. Proses kencing terganggu
- l. Gangguan fungsi otak

8. Klasifikasi

- a. Stroke iskemik transien (*Transient ischemic attack/TIA*)

Stroke ini biasa disebut dengan stroke kecil, dimana stroke yang terjadi pada periode singkat iskemik serebral terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung selama kurang dari

24 jam. TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, trombosis, serta emboli.

Manifestasi neurologis TIA beragam berdasarkan lokasi dan ukuran pembuluh serebral yang terkena dan memiliki awitan tiba-tiba. Biasanya terjadi defisit meliputi kebas kontralateral atau kelemahan tungkai, tangan, lengan bawah dan pusat mulut, afasia dan gangguan penglihatan buram serta fugaks amaurosis (kebutaan yang cepat pada satu mata).

b. Stroke pembuluh darah besar (trombolisis)

Stroke trombotik adalah tipe stroke yang paling umum, dimana sering dikaitkan dengan aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan lumen arteri, sehingga menyebabkan gangguan masuknya darah yang menuju ke bagian otak.

c. *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND)

Tanda dan gejala gangguan persarafan yang berlangsung dalam waktu yang lama lama. Kondisi RIND dan TIA mempunyai kesamaan, hanya saja RIND berlangsung maksimal 1 minggu (7 hari) dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu 3 minggu) serta tidak meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016).

d. Stroke embolik kardiogenik

Stroke ini terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrial, trombi ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongesti, atau plak

aterosklerosis masuk sistem sirkulasi dan menjadi tersumbat pada pembuluh serebral terlalu sempit untuk memungkinkan gerakan lebih lanjut. Pembuluh darah kemudian mengalami oklusi. Tempat yang paling sering mengalami emboli serebral adalah di bifurkasi pembuluh, terutama pada arteri serebral tengah (Lemone, dkk, 2016).

e. *Complete stroke*

Suatu gangguan pembuluh darah pada otak yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung lebih dalam waktu 24 jam. Stroke ini akan meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016).

f. *Progressive stroke (Stroke in Evolution)*

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih. Stroke jenis ini merupakan stroke dimana penentuan prognosisnya terberat dan sulit. Hal ini disebabkan kondisi pasien yang cenderung labil, berubah-ubah dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk (Masriadi, 2016).

9. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasiendengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Radaningtyas, 2018).

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.

b. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

d. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

e. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

g. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

h. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
- 2) Pemeriksaan darah rutin.
- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

10. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2016) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Pada fase akut
 - a) letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
 - b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
 - c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).

- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- e) Pantau juga kadar gula darah $>150\text{mg}\%$ harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu $150\text{ mg}\%$ dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol $>220\text{ mmHg}$, diastol $>120\text{ mmHg}$, Mean Arteri Blood Plessure (MAP) $>130\text{ mmHg}$ (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- h) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol $<90\text{ mmHg}$, diastol $<70\text{ mmHg}$,diberikan NaVL 0.9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan

dopamine 2-2 μ g/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.

- i) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
 - j) Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
 - b) Program manajemen *Bladder* dan *bowel*.
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
 - d) Pertahankan integritas kulit.
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif.
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 - g) Persiapan pasien pulang.
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

b. Penatalaksanaan medis

Terapi Farmakologi

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

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

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

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

- 2) Antikoagulan Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.
- 3) Antiplatelet Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.
- 4) Antihipertensi
 - Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah $>185/110$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit maksimal 15 mg/jam; setelah tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai $<185/110$ mmHg, maka jangan berikan rtPA.
 - Pasien sudah mendapat rtPA, namun tekanan darah sistolik $>180-230$ mmHg atau diastol $>105-120$ mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg IV, kemudian infus IV kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA $<180/105$ mmHg, monitor tiap 15 menit selama 2 jam dari dimulainya rtPA, lalu tiap 30 menit selama 6 jam dan kemudian tiap jam selama 16 jam.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penrunn kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

b) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik

4) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaannervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90° , visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis):

biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abducent): biasanya hasil yang didapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

6) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencangkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

9) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

10) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

11) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

12) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar

Pada pemeriksaan reflek dinnding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

13) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra.

Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik.

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek *Hoffman tromner* biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek (reflek *Hoffman tromner* (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan *bluedzensky* 1 kaki kiri pasien fleksi (*bluedzensky* (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek *babinsky* (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek *Caddok* (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek *openheim* (+)) dan pada saat

betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek *Gordon* (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek *patella* (+)).

h. Aktivitas dan Istirahat

- 1) Gejala : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
- 2) Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan pengelihatana, gangguan tingkat kesadaran.

i. Sirkulasi

- 1) Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.
- 2) Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

j. Integritas Ego

- 1) Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa
- 2) Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

k. Eliminasi

- 1) Gejala : terjadi perubahan pola berkemih
- 2) Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

l. Makanan atau Cairan

- 1) Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah
- 2) Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.

m. Neurosensori

- 1) Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.
- 2) Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

n. Kenyamanan atau Nyeri

- 1) Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda
- 2) Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

o. Pernapasan

- 1) Gejala : merokok
- 2) Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

p. Keamanan

Tanda : masalah dengan pengelihatian, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

2. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- d. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat.
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.
- g. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan pengelihatatan (mis.ablasio retina).
- h. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017:

a. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017).

1) Definisi

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

2) Faktor risiko

- a) Embolisme
- b) Hipertensi

3) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke

b. Nyeri Akut (D.0077).

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (iskemia)

3) Batasan karakteristik

Tabel 2.1 Batasan Karakteristik

| Gejala dan tanda | Subjektif | Objektif |
|------------------|----------------|---|
| Mayor | Mengeluh nyeri | 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah, frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur. |
| Minor | Tidak tersedia | 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu 3. Menarik diri 4. Berfokus pada diri sendiri dan diaforesis. |

(Sumber: PPNI, 2017).

4) Kondisi klinis terkait

b) Sindrom korener akut

c. Defisit Nutrisi (D.0019).

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Penyebab

a) Kurangnya asupan makanan

b) Ketidakmampuan menelan makanan

3) Batasan karakteristik

Tabel 2.2 Batasan Karakteristik

| Gejala dan tanda | Subjektif | Objektif |
|------------------|---|---|
| Mayor | Tidak tersedia | 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. |
| Minor | 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun | 1. Bising usus hiperaktif 2. otot pengunyah lemah 3. otot menelan lemah 4. membran mukosa pucat. |

(Sumber: PPNI, 2017).

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Kerusakan neuromuskuler

d. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085).

1) Definisi

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

2) Penyebab

- a) Gangguan pengelihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

3) Batasan Karakteristik

Tabel 2.3 Batasan Karakteristik

| Gejala dan tanda | Subjektif | Objektif |
|------------------|---|--|
| Mayor | <ol style="list-style-type: none">1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan2. merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan | <ol style="list-style-type: none">1. Distorsi sensori2. Respon tidak sesuai3. Bersikap seolah melihat, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu. |
| Minor | <ol style="list-style-type: none">1. Menyatakan kesal | <ol style="list-style-type: none">1. Menyendiri2. Melamun3. Konsentrasi buruk4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi5. Bicara sendiri. |

(Sumber: PPNI, 2017).

4) Kondisi klinis terkait

- a) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisma intracranial, trauma/tumor otak.

e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab

- a) Ketidakbugaran fisik
- b) Penurunan kekuatan otot
- c) Gangguan neuromuskular
- d) Nyeri

- e) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - f) Gangguan kognitif
 - g) Gangguan sensori persepsi
- 3) Batasan karakteristik

Tabel 2.4 Batasan Karakteristik

| Gejala dan tanda | Subjektif | Objektif |
|------------------|---|---|
| Mayor | 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas | 1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun. |
| Minor | 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak | 1. Tampak sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. fisik lemah |

(Sumber: PPNI, 2017)

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke

f. Gangguan Integritas Kulit/jaringan (D.0129).

1) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis).

2) Penyebab

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Penurunan mobilitas
- d) Kelembaban
- e) Proses penuaan

f) Neuropati perifer

g) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan /melindungi integritas kulit

3) Batasan karakteristik

Tabel 2.5 Batasan Karakteristik

| Gejala dan tanda | Subjektif | Objektif |
|------------------|----------------|---|
| Mayor | Tidak tersedia | 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit |
| Minor | Tidak tersedia | 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. hematoma. |

(Sumber: PPNI, 2017).

4) Faktor yang berhubungan

a) Imobilisasi

g. Risiko Jatuh (D.0143).

1) Definisi

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

2) Faktor risiko

a) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa)

b) Riwayat jatuh

c) Penurunan tingkat kesadaran

d) Perubahan fungsi kognitif

e) Kekuatan otot menurun

f) Gangguan pendengaran

g) Gangguan keseimbangan

h) Gangguan pengelihatan (mis. Glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)

3) Kondisi klinis terkait

a) Penyakit sebrovaskuler

h. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119).

1) Definisi

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

2) Penyebab

a) Penurunan sirkulasi serebral

b) Gangguan neuromuskular

c) Gangguan pendengaran

3) Batasan karakteristik

Tabel 2.6 Batasan Karakteristik

| Gejala dan tanda | Subjektif | Objektif |
|------------------|----------------|--|
| Mayor | Tidak tersedia | 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai |
| Minor | Tidak tersedia | 1. Afasia 2. Apraksia 3. Disleksia 4. Disartria 5. Afonia 6. Dislalia 7. Pelo 8. Gagap 9. Tidak ada kontak mata 10. Sulit memahami komunikasi |

| | | |
|--|--|--|
| | | 11. Sulit mempertahankan komunikasi 12. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat 15. Sulit mengungkapkan kata-kata 16. Disorientasi (orang, ruang, waktu) 17. Defisit penglihatan dan delusi. |
|--|--|--|

(Sumber: PPNI, 2017).

4) Kondisi klinis terkait

a) Stroke

b) Peningkatan tekanan intrakranial

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

Tabel 2.7 intervensi keperawatan

| NO | Diagnosa | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi |
|----|---|--|--|
| 1. | Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Embolisme (D.0017). | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/meningkat dengan Kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun | Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (L.06194) 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 1.2 Monitor tanda gejala peningkatan tekanan |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>3) Tidak ada tanda tanda pasien gelisah.</p> <p>4) TTV membaik</p> | <p>intrakranial (TIK)</p> <p>1.3 Monitor status pernafasan pasien</p> <p>1.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p>1.5 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>1.6 Berikan posisi semi fowler</p> <p>1.7 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>1.8 Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis</p> |
| 2. | <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1) Keluhan nyeri menurun.</p> <p>2) Meringis menurun</p> <p>3) Sikap protektif menurun</p> <p>4) Gelisah menurun.</p> <p>5) TTV membaik</p> | <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.4 Berikan posisi yang nyaman</p> <p>2.5 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya relaksasi nafas dalam)</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian analgetik</p> |
| 3. | <p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan sttus nutrisi (L.03030) adekuat/membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Porsi makan</p> | <p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>3.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>3.2 Monitor asupan makanan</p> <p>3.3 Berikan makanan</p> |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <p>dihabiskan/meningkat</p> <p>2) Berat badan membaik</p> <p>3) Frekuensi makan membaik</p> <p>4) Nafsu makan membaik</p> <p>5) Bising usus membaik</p> <p>6) Membran mukosa membaik</p> | <p>ketika masih hangat</p> <p>3.4 Ajarkan diit sesuai yang diprogramkan</p> <p>3.5 Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat</p> |
| 4. | <p>Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat (D.0085).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan persepsi sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Menunjukkan tanda dan gejala persepsi dan sensori baik: pengelihatan, pendengaran, makan dan minum baik.</p> <p>2) Mampu mengungkapkan fungsi persepsi dan sensori dengan tepat.</p> | <p>4.1 Monitor fungsi sensori dan persepsi: pengelihatan, penghiduan, pendengaran dan pengecap</p> <p>4.2 Monitor tanda dan gejala penurunan neurologis klien</p> <p>4.3 Monitor tanda-tanda vital klien</p> |
| 5. | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>2) Kekuatan otot meningkat</p> <p>3) Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4) Kelemahan fisik menurun</p> | <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>5.1 Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya</p> <p>5.2 Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan</p> <p>5.3 Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>5.4 Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>5.5 Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara</p> |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | | <p>perlahan</p> <p>5.6 Ajarkan mobilisasi sederhana yg bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM).</p> |
| 6. | <p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan integritas kulit/jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perfusi jaringan meningkat 2) Tidak ada tanda tanda infeksi 3) Kerusakan jaringan menurun 4) Kerusakan lapisan kulit 5) Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka | <p>Perawatan integritas kulit (L.11353)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 6.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 6.3 Anjurkan menggunakan pelembab 6.4 Anjurkan minum air yang cukup 6.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6.6 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. |
| 7. | <p>Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak terjatuh dari tempat tidur 2) Tidak terjatuh saat dipindahkan 3) Tidak terjatuh saat duduk | <p>Pencegahan jatuh (L.14540)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi faktor resiko jatuh 7.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 7.3 Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci 7.4 Pasang pagar pengaman tempat tidur 7.5 Anjurkan untuk memanggil perawat |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | | | <p>jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>7.6 Anjurkan untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh</p> |
| 8. | <p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119).</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam diharapkan komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan bicara meningkat 2) Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat 3) Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik 4) Pelo menurun | <p>Promosi komunikasi: defisit bicara (13492)</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Monitor kecepatan,tekanan, kuantitas,volume dan diksi bicara 8.2 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 8.3 Berikan dukungan psikologis kepada klien 8.4 Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/ gerakan tubuh) 8.5 Anjurka klien untuk bicara secara perlahan |

Sumber: (Nurarif Huda, 2016),Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019).

4. Pelaksanaan Tindakan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson, 2012).

Komponen tahap implementasi antara lain:

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan keperawatan edukatif
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah

ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

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.

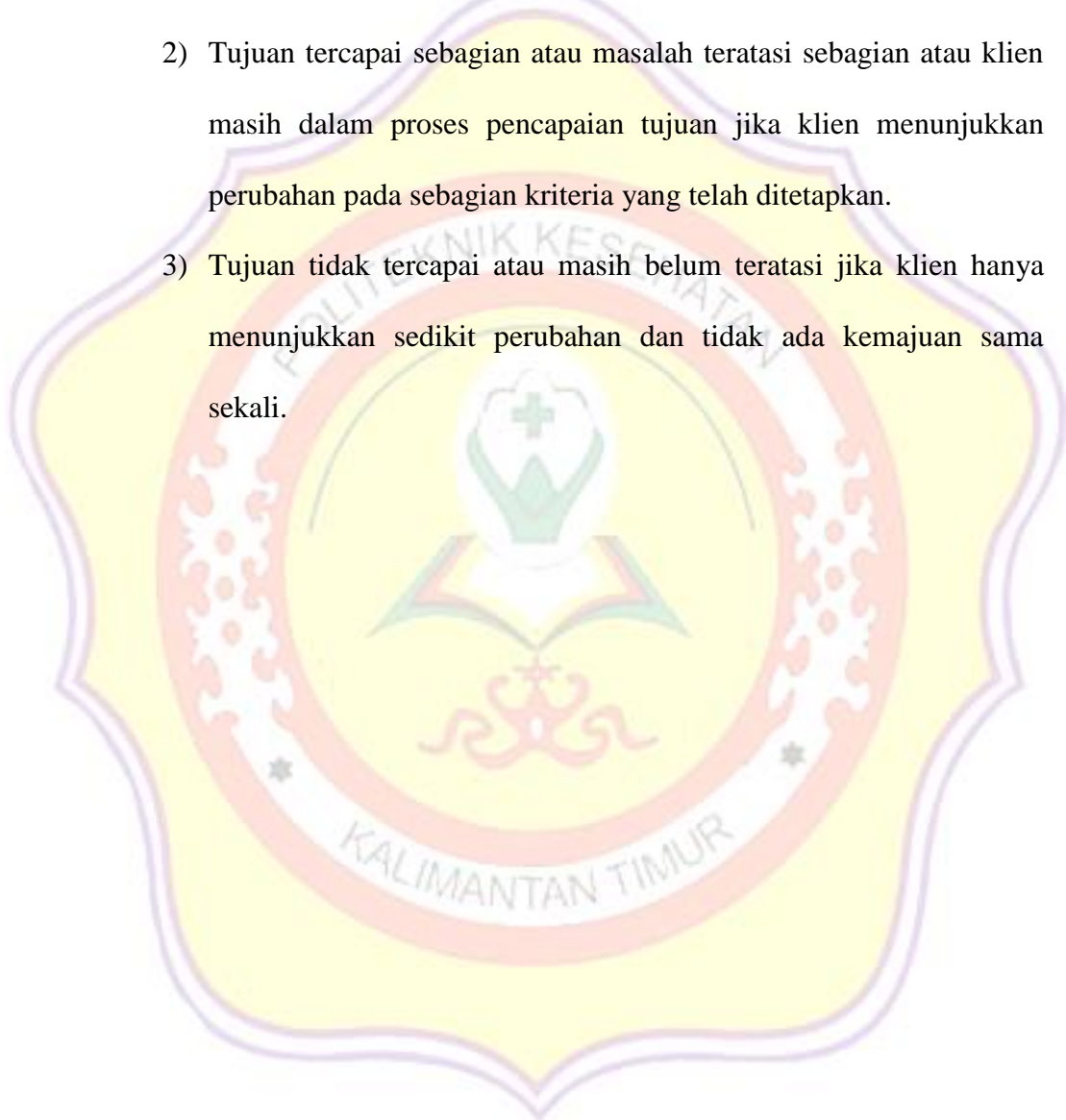
- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 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 (Setiadi, 2012), 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.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk *literatur review* untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam *literatur review* asuhan keperawatan adalah dua klien dengan kasus stroke non hemoragik yang akan di review secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Klien dengan stroke non hemoragik.
2. Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.
3. Klien dewasa dengan rentang usia ≤ 30 sampai ≥ 65 tahun.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Stroke non hemoragik yaitu suatu penyakit akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah terhenti karena penumpukan kolesterol (aterosklerosis) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Pada kasus ini untuk menentukan stroke non hemoragik adalah berdasarkan rekam medis pasien yang telah di diagnosis oleh dokter.

2. Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan kepada klien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di Ruang Angsoka RSUD Abdul wahab Sjahranie Samarinda. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 02 April - 05 April 2019 dan pada tanggal 06 Mei- 08 Mei 2019 di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Peneliti melakukan penyusunan usulan penelitian dengan metode studi kasus.
2. Peneliti melakukan ujian proposal, setelah Karya Tulis Ilmiah disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.
3. Peneliti melakukan pencarian data *literatur* yang sesuai dengan kasus
4. Peneliti mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
5. Peneliti melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang diperoleh.
6. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian peneliti membuat *review* kasus dari kedua klien.

F. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data

Adapun cara pengumpulan data pada penyusunan studi kasus ini antara lain :

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dan lain-lain. Sumber data yang didapat bisa dari klien, keluarga atau rekam medik.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi intake dan output cairan, hasil laboratorium serta pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik: inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi pada bagian tubuh klien.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostik. Pemeriksaan diagnostik yang dimaksudkan ialah seperti pemeriksaan angiografi serebral, elektroencefalography, sinar x tengkorak, CT-Scan, Magnetic Resonance Imagine (MRI), pemeriksaan foto thorax dan pemeriksaan laboratorium

2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yaitu mengumpulkan informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan *literatur review* Asuhan Keperawatan secara koheren dan komprehensif.

H. Pengolahan dan Analisis Data

Pada literatur review, analisa data diolah menggunakan aturan yang disesuaikan dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan. Dalam analisis data, data yang dikumpulkan dikaitkan dengan konsep, teori, prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah keperawatan. Cara analisis data : Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul, Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio-psoko-sosial-spiritual, Membandingkan data-data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang abnormal dengan konsep teori antara 2 responden dan Membuat kesimpulan tentang masalah keperawatan yang ditemukan dalam studi kasus.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti mereview hasil dan pembahasan kasus Karya tulis ilmiah dari (Titania, 2019) dan (Amalia, 2019) yang sudah di publish di repository.poltekkes-kaltim.ac.id. Selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum dan data khusus tentang asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragik di ruang perawatan Angsoka Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie.

A. Hasil

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) kelokasi 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 Angsoka yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi klien dengan masalah sistem persyarafan yang diterima langsung setelah klien datang dari IGD.

Bangunan pada ruang Angsoka terdiri dari 10 ruangan dengan kapasitas 44 tempat tidur, 1 kamar mandi disetiap kamar klien, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang dokter, 1 ruang pertemuan atau mahasiswa, 2 ruang obat, 1 ruang mushollah, 1 ruang laken, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang tindakan, 1 ruang penitipan barang klien, 1 ruang pantry.

2. Gambaran Subjek Studi Kasus

a. Pengkajian

Tabel 4.1

Hasil anamnesis pada Klien Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

| No | Identitas Klien | Klien 1 | Klien 2 |
|-----|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1. | Nama | Ny. P | Ny. Ar |
| 2. | Umur | 4 September 1957 | 63 tahun |
| 3. | Suku/Bangsa | Bugis/Indonesia | Dayak /Indonesia |
| 4. | Agama | Islam | Islam |
| 5. | Pendidikan | Tidak Tamat SD | SD |
| 6. | Pekerjaan | Ibu Rumah Tangga | Ibu Rumah Tangga |
| 7. | Alamat | Loa Janan | Jln. Kemangi |
| 8. | Diagnosa Medis | SNH | SNH |
| 9. | Sumber Informasi | Keluarga | Klien dan keluarga |
| 10. | No. Register | 01.88.xx | 01.01.28.52 |
| 11. | Tanggal MRS /Pengkajian | 28 Maret 2019 / 02 April 2019 | 02 Mei 2019 / 06 Mei 2019 |
| 12. | Keluhan Utama/Alasan Masuk RS | Penurunan kesadaran | Kelemahan anggota gerak sebelah kiri |

| | | Klien 1 | Klien 2 |
|-----|----------------------------|--|--|
| 13. | Riwayat Kesehatan Sekarang | <p>Awalnya klien mengeluh sesak nafas dan dilarikan ke RSUD Moeis dan dirawat selama 3 hari. Pada saat dirumah, klien terjatuh di WC dan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa bergerak. Lalu keluarga membawa klien ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Sehari setelah di rawat di Ruang Angsoka, klien mengalami penurunan kesadaran. Kelumpuhan pada anggota gerak klien dan penurunan kesadaran menyebabkan klien tidak bisa menjalani aktifitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan total dari perawat/keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasar. Selama di rawat, klien sudah mendapatkan fisioterapi 1 x.</p> | <p>Pada tanggal 02-05-2019 klien masuk IGD Rumah Sakit Samboja dan langsung dirujuk ke RSUD. AWS klien masuk IGD dengan keluhan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kiri dan bibir pelo di IGD klien diobservasi selama 4 jam, kemudian dari IGD klien di masukkan ke ruang perawatan angsoka dengan keluhan yang sama. Pada tanggal 06-05-2019 saat di kaji keluarga klien mengatakan klien tidak dapat menggerakkan anggota tubuh sebelah kiri dan berbicara pelo. TD: 170/110mmHg, N: 100x/mnt, RR: 26x/mnt, T: 37°C, Spo2: 98%</p> |
| 14. | Riwayat Kesehatan Dahulu | <p>Klien sudah pernah dirawat di RS sebelumnya baru beberapa minggu yang lalu, klien memiliki riwayat penyakit kronik yaitu Hipertensi tapi tidak memiliki penyakit menular, klien tidak ada riwayat kontrol, klien sebelumnya tidak pernah dioperasi, klien tidak ada alergi, klien ada riwayat penggunaan obat-obatan yaitu Captopril dan Amlodipine.</p> | <p>Keluarga mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Tahun 2017 di RSUD AWS.</p> |
| 15. | Riwayat Kesehatan keluarga | <p>Di keluarga klien tidak ada yang menderita suatu penyakit.</p> | <p>Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit jantung dan hipertensi</p> |
| 16. | Keadaan Umum | <p>Posisi klien supinasi/berbaring, Terpasang IVFD RL 20 tpm, Syringe pump Nicardipine dengan kecepatan 9,7cc/Jam, Terpasang NGT, Kateter. Tidak ada tanda klinis yang</p> | <p>Sedang</p> |

| | | | |
|-----|----------------------------------|---|--|
| | | mencolok baik itu sianosis ataupun perdarahan | |
| 17. | Kesadaran | Koma E ₂ M ₃ V ₂ | Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ |
| 18. | Tanda – Tanda Vital | Tanda vital: TD: 150/100 mmHg N: 76x/menit Suhu: 37,7 °C RR: 26x/menit | TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 26 x/menit S: 37°C Spo2: 98% TB : 150 cm BB : 55 kg |
| 19. | Kenyamanan/ Nyeri | Klien tidak bisa dikaji | Klien tidak ada nyeri |
| 20. | Status Fungsional Barthel Indeks | Total Skor 0 Dengan kategori tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan berat | Total skor 8 Dengan kategori tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan berat. |
| 21. | Pemeriksaan Kepala | Kepala: Saat dilakukan pemeriksaan finger print pada dahi klien , menunjukkan bahwa klien 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 : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa kering, ukuran dan letak tonsil tidak bisa dikaji. | Kepala : Bentuk kepala oval. Warna rambut hitam putih, warna kulit putih, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi dan tidak ada kelainan. Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor. Hidung : Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip dan tidak ada kelainan Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah |

| | | | |
|-----|--------------------------|--|---|
| | | <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> | |
| 22. | Pemeriksaan Fisik Thorax | <p>Keluhan : Klien 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, klien 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. Klien tidak menggunakan WSD.</p> | <p>Keluhan : Klien mengeluh keluhan sesak nafas.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru 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 dan tidak ada suara nafas tambahan</p> |
| | Pemeriksaan Jantung | <p>a. Keluhan nyeri dada tidak bisa dikaji</p> <p>b. Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT > 2 detik - tidak ada sianosis <p>c. Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral teraba Hangat <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra | <p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT < 2 detik - Tidak ada sianosis <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 23. | | <ul style="list-style-type: none"> - Batas kanan: ICS III line sternal dekstra - Batas kiri: ICS III line sternal sinistra <p>e. Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - BJ II Aorta: Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal: Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid: Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral: Tunggal, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan | <ul style="list-style-type: none"> - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra <p>e. Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Tunggal , reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan |
| 24. | Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi | <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> - Cair dengan Frekuensi 6 x 200 cc via NGT f. Abdomen: <p>Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk abdomen bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 10 kali/menit <p>Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada Shifting Dullness - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal | <ul style="list-style-type: none"> a. BB : 55 Kg b. TB : 150 Cm c. IMT : 24,4 d. Diet <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi makan 3 kali sehari - Porsi makan dihabiskan e. BAB <ul style="list-style-type: none"> - 1 kali sehari f. Abdomen <p>Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik 10 kali/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-) - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal |

| | | | |
|-----|---------------------------|---|--|
| | | <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, klien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat klien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p> | |
| 25. | Pemeriksaan Sistem Syaraf | <p>a. Memori : Tidak dapat dikaji b. Perhatian : Tidak dapat dikaji c. Bahasa : Tidak dapat dikaji d. Kognisi : Tidak dapat dikaji e. Orientasi : Tidak dapat dikaji f. Refleks Fisiologis : Tidak dapat dikaji g. Keluhan pusing: Tidak bisa dikaji h. Istirahat/ tidur : Tidak bisa dikaji i. Pemeriksaan syaraf kranial 1) N1 : Tidak dapat dikaji 2) N2 : Tidak dapat dikaji 3) N3 : Tidak dapat dikaji 4) N4 : Tidak dapat dikaji 5) N5 : Tidak dapat dikaji 6) N6 : Tidak dapat dikaji 7) N7 : Tidak dapat dikaji 8) N8 : Tidak dapat dikaji 9) N9 : Tidak dapat dikaji 10)N10 : Tidak dapat dikaji 11)N11 : Tidak dapat dikaji 12)N12 : Tidak dapat dikaji</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 - Patella: 2 (Normal) - Achilles: 2 (Normal) - Bisep: 2 (Normal) - Trisep: 2 (Normal) - Brankioradialis : 2 (Normal) g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur 5 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial 1) N1 : Normal (Klien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) 2) N2 : Klien mampu tidak mampu membaca dalam jarak 30 cm 3) N3 : Normal (Klien mampu mengangkat kelopak mata) 4) N4 : Normal (Klien mampu menggerakkan bola mata kebawah) 5) N5 : Normal (Klien mampu mengunyah) 6) N6 : Normal (Klien mampu menggerakkan mata kesamping) 7) N7 : Normal (Klien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) 8) N8 : Normal (Klien mampu mendengar dengan baik)</p> |

| | | | | | | | |
|-----|--|--|--|---|---|---|--|
| | | | <p>9) N9 : Normal (Klien mampu membedakan rasa manis dan asam)</p> <p>10)N10 : Klien susah menelan</p> <p>11)N11 : Normal (Klien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan)</p> <p>12) N12 : Lidah klien tidak simetris lebih condong kearah sebelah kiri</p> | | | | |
| 26. | Pemeriksaan Sistem Perkemihan | <p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Keluhan kencing tidak dapat dikaji</p> <p>c. Kemampuan berkemih: Menggunakan alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : Folley Chateter - Ukuran : 16 - Hari ke – 5 - Produksi urine 1100ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine | <p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : <i>Folley Chateter</i> - Ukuran : 16 - Hari ke – 4 - Produksi urine 2200ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine <p>c. Tidak ada distensi kandung kemih</p> <p>d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p> | | | | |
| 27. | Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen | <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi tidak dapat dikaji b. Tidak ada kelaian ekstremitas c. Tidak ada kelainan tulang belakang d. Tidak ada fraktur e. Tidak terpasang gips/spalk/traksi f. Tidak ada kompartemen syndrome g. Kulit tidak ikterik atau sianosis h. Tidak ada luka, tidak ada edema ekstremitas i. Tidak ada pitting edema, j. Tidak ada ekskoriasis k. Tidak ada psoriasis, dan tidak ada urtikaria. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> | 0 | 0 | 0 | 0 | <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot dibagian kiri 3 kanan 5 c. Tidak ada kelainan tulang belakang d. Turgor kulit baik |
| 0 | 0 | | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | | |

| 28. | Balance Cairan Klien I | | Balance Cairan Klien II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|---|----------|----------|----------|-------|---------|--------|--------|---------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|---------|--------|--------|--------|----------|----------|----------|----------|---------------|---|---|---|---|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|-----|---------|---------|---------|---------|-------|---|---|---|---|-------|---------|---------|--------|--------|---|--------|--------|--------|--------|---------------|---------|---------|---------|--------------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|-------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|---------|---------|-----|--------|--------|--------|--------------------------|-----|--------|-----|-------|---------|---------|
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</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>Urine</td> <td>1100 ml</td> <td>1100ml</td> <td>1100ml</td> <td>1100 ml</td> </tr> <tr> <td>IWL</td> <td>46 ml</td> <td>46 ml</td> <td>46 ml</td> <td>46 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1346ml</td> <td>1346 ml</td> <td>1346ml</td> <td>1346ml</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <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>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Cairan Infus</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> <td>1500 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> <td>45 ml</td> </tr> <tr> <td>NGT</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> </tr> <tr> <td>Makan</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2745 ml</td> <td>2745 ml</td> <td>2745ml</td> <td>2745ml</td> </tr> </tbody> </table> | Output | 2/4/2019 | 3/4/2019 | 4/4/2019 | 5/4/2019 | Urine | 1100 ml | 1100ml | 1100ml | 1100 ml | IWL | 46 ml | 46 ml | 46 ml | 46 ml | Feces | 200 ml | 200 ml | 200 ml | 200 ml | Total | 1346ml | 1346 ml | 1346ml | 1346ml | 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 | 2745ml | 2745ml | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>6-5-19</th> <th>7-5-19</th> <th>8-5-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1100 ml</td> </tr> <tr> <td>Cairan Infus</td> <td>1850 ml</td> <td>1850 ml</td> <td>1850 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>361 ml</td> <td>361 ml</td> <td>361 ml</td> </tr> <tr> <td>Makanan</td> <td>119 ml</td> <td>119 ml</td> <td>119 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3530 ml</td> <td>3530 ml</td> <td>3430 ml</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>6-5-19</th> <th>7-5-19</th> <th>8-5-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>2000 ml</td> <td>2100 ml</td> <td>1600 ml</td> </tr> <tr> <td>IWL</td> <td>975 ml</td> <td>975 ml</td> <td>975 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces (1x = 200 ml/hari)</td> <td>(-)</td> <td>200 ml</td> <td>(-)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2975 ml</td> <td>3275 ml</td> <td>2575 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Intake | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | Minum peroral | 1200 ml | 1200 ml | 1100 ml | Cairan Infus | 1850 ml | 1850 ml | 1850 ml | Obat IV | 361 ml | 361 ml | 361 ml | Makanan | 119 ml | 119 ml | 119 ml | Total | 3530 ml | 3530 ml | 3430 ml | Output | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | Urine | 2000 ml | 2100 ml | 1600 ml | IWL | 975 ml | 975 ml | 975 ml | Feces (1x = 200 ml/hari) | (-) | 200 ml | (-) | Total | 2975 ml | 3275 ml |
| Output | 2/4/2019 | 3/4/2019 | 4/4/2019 | 5/4/2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine | 1100 ml | 1100ml | 1100ml | 1100 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IWL | 46 ml | 46 ml | 46 ml | 46 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feces | 200 ml | 200 ml | 200 ml | 200 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 1346ml | 1346 ml | 1346ml | 1346ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 2745ml | 2745ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intake | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Minum peroral | 1200 ml | 1200 ml | 1100 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cairan Infus | 1850 ml | 1850 ml | 1850 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obat IV | 361 ml | 361 ml | 361 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Makanan | 119 ml | 119 ml | 119 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 3530 ml | 3530 ml | 3430 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Output | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine | 2000 ml | 2100 ml | 1600 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IWL | 975 ml | 975 ml | 975 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feces (1x = 200 ml/hari) | (-) | 200 ml | (-) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 2975 ml | 3275 ml | 2575 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. | Pemeriksaan Sistem Endokrin | <p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p> <p>d. Tidak ada riwayat luka sebelumnya</p> <p>e. Tidak ada riwayat amputasi sebelumnya</p> | <p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. | Kemanan Lingkungan (Risiko Jatuh) | Total skor penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse adalah 60. Klien dalam kategori risiko tinggi. | Total skor penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse adalah 60 klien dalam kategori risiko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. | Pengkajian Psikososial dan Spiritual | Tidak bisa mengkaji persepsi klien terhadap penyakitnya | <p>Psikososial</p> <p>a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan</p> <p>b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> c. Klien kooperatif saat interaksi d. Klien tidak mengalami gangguan konsep diri <p>Spiritual/Kebiasaan beribadah</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit klien sering beribadah b. Setelah sakit klien beribadah hanya kadang – kadang |
| 32. | Personal Hygiene | <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mandi 1x/harik b. Keramas 5 hari 1x c. Memotong kuku 1x/minggu d. Klien tidak merokok e. Tidak minum alkohol f. Klien ganti pakaian 1x/hari g. Klien belum ada sikat gigi selama sakit | <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi 1 kali sehari b. Keramas 3 hari sekali c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 2 hari sekali |
| 33. | Pemeriksaan seksualitas dan Reproduksi | Klien tidak memiliki benjolan pada payudara, klien tidak sedang hamil, pada genetalia klien tidak ada flour albus dan prolaps uteri | Tidak dilakukan pemeriksaan |
| 34. | Penilaian Risiko Decubitus | Klien mendapatkan total skor 8, dengan kategori risiko tinggi terjadi decubitus. | Tidak dilakukan pemeriksaan |
| 35. | Terapi yang diterima | Ceftriaxone Ranitidine | Amlodiphin |

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Ny. P berusia 62 tahun, berjenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit pada tanggal 28 Maret 2019 dilakukan pengkajian pada tanggal 02 April 2019 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Sedangkan pada klien 2 bernama Ny Ar berusia 63 tahun, berjenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit pada tanggal 02 Mei

2019 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Mei 2019 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

Pada pengkajian riwayat kesehatan dalam keluhan utama pada klien 1 ditemukan klien mengalami penurunan kesadaran. Sedangkan pada klien 2 ditemukan klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik ditemukan data dari keadaan umum klien 1 yaitu dengan posisi klien 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, kesadaran klien Koma $E_2M_3V_2$ dengan tanda tanda vital TD: 150/100 mmHg, N: 76x/menit, Suhu: 37,7 °C, RR: 26x/menit. Sedangkan pada klien 2 keadaan umumnya sedang, kesadaran compos mentis $E_4M_6V_5$ dengan tanda tanda vital TD: 170/110mmHg, N: 100 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 37°C, Spo2: 98%. Pada pemeriksaan kenyamanan dan nyeri pada klien 1 tidak dapat dikaji, sedangkan pada klien 2 tidak ada nyeri yang dirasakan.

Pemeriksaan status fungsional dan aktivitas dan mobilisasi barthel indeks pada klien 1 total skor nya adalah 0 (ketergantungan berat) sedangkan pada klien 2 total skornya adalah 8 (ketergantungan berat). Dari data tersebut maka kedua klien memiliki kesamaan tingkat ketergantungan yaitu ketergantungan berat.

Pemeriksaan muskuloskeletal dan integument pada klien 1 didapatkan data yaitu tidak ada kelainan ektermitas, tidak ada fraktur, tidak ada luka, tidak ada edema ektermitas, dan kekuatan otot 0/0/0/0. Sedangkan pada klien 2 didapatkan data pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan tulang belakang, turgor kulit baik, kekuatan otot 5/5/3/3.

Pemeriksaan keamanan lingkungan didapatkan data yang sama antara klien 1 dan klien 2 dimana data tersebut memiliki persamaan dalam total skala morse yaitu 60 yang berarti klien dalam keadaan (resiko).

Pengkajian personal hygiene dan kebiasaan pada klien 1 ditemukan klien mandi 1x/hari, klien keramas 5hari sekali, memotong kuku 1 minggu sekali, klien ganti pakaian 1x sehari, klien belum ada sikat gigi selama sakit. Sedangkan pada klien 2 ditemukan data klien mandi 1x sehari, klien keramas 3 hari sekali, memotong kuku s1 minggu sekali, ganti pakaian 2x sehar, sikat gigi 2 hari sekali.

Pada pemberian terapi yang diberikan pada klien 1 yaitu obat Ceftriaxone dan Ranitidine. Sedangkan pada klien 2 diberikan obat Amlodiphin.

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Klien Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarida

| No. | Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan | | | | Nilai Normal |
|-----|-------------------|-------------------|---------------|---------------|-----------------|------------------------|
| | | Klien I | | Klien II | | |
| | | Tgl 27/3/19 | Tgl 1/4/19 | Tgl 3/4/19 | Tgl 02/05/19 | |
| 1. | Leukosit | 20.02 | 18.2 | 18.09 | 11.00 | 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 | 10.7 | 12.0-16.0 g/dL |
| 4. | Hematokrit | 44.2 | 38.3 | 43.2 | - | 37.0-54 % |
| 5. | PLT | 335 | 310 | 315 | 237 | 150-450 $10^3/\mu\text{L}$ |
| 6. | Neutrofil | - | - | - | 71 | 40-74% |
| 7. | Glukosa sewaktu | 144 | 120 | 115 | 240 | 70-140 mg/dL |
| 8. | Ureum | 28.1 | 26.5 | 29.6 | - | 19.3-49.2 mg/dL |
| 9. | Kreatinin | 0.6 | - | - | - | 0.5-1.1 mg/dL |
| 10. | Natrium | 148 | 142 | - | - | 135-155 mmol/L |
| 11. | Kalium | 2.4 | 5.5 | - | - | 3.6-5.5 mmol/L |
| 12. | Chloride | 102 | 101 | - | - | 98-108 mmol/L |
| 13. | pH | 7.63 | 7.56 | - | - | 7.35-7.45 |
| 14. | pCO ₂ | 45.30 | 45.0 | - | - | 35.00-45.00 mmHg |
| 15. | pO ₂ | 45.90 | 47.4 | - | - | 83.00-108 mmHg |
| 16. | AbHIV | NR | - | - | - | NR (Non reaktif) |
| 17. | HbsAg rapid | NR | - | - | - | NR (Non reaktif) |

Berdasarkan tabel 4.2 diatas ditemukan data dari pemeriksaan penunjang pada klien 1 pada tanggal 1/4/19 didapatkan nilai leukosit: 18.2, eritrosit: 4.76, hemoglobin: 13.5, dan pada tanggal 3/4/19 didapatkan nilai leukosit: 18.09, eritrosit: 4.37, hemoglobin: 14.3. sedangkan pada klien 2 pada tanggal 2/5/19 didapatkan nilai leukosit yang cukup tinggi yaitu 11.00, hemoglobin: 10.7 dan glukosa sewaktu yang cukup tinggi yaitu 240.

Tabel 4.3
Analisa Data Klien I (Ny. P)
Klien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang AngsokaRSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| No. | Data | Etiologi | Masalah Keperawatan | | | | |
|-----|--|-------------------------|---|---|---|------------------------|--------------------------------------|
| 1. | Data Subjektif: - Data Objektif : - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E ₂ M ₃ V ₂) - 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 : - Klien 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 border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>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 Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan klien di tempat tidur secara aman Data Objektif : - Klien di seka 1x/hari - Klien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar - Kuku klien dipotong 2 minggu 1x, terlihat kuku klien yang kotor | Kelemahan | (D.0109) Defisit perawatan diri | | | | |
| 5. | Data Subjektif: - Data Objektif : - Klien tirah baring lama - Klien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus | Penurunan Mobilitas | (D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|---|-------------------------------------|---------------------------|
| 6. | <p>Data Subjektif: -</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2) - Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | Faktor risiko kekuatan otot menurun | (D. 0143) Risiko jatuh |
| 0 | 0 | | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | | |
| 7. | <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien - Keluarga klien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk klien <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | Dibuktikan dengan keinginan keluarga klien untuk mengelola masalah kesehatan | (D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan | | | | |

Tabel 4.4
 Analisa Data Klien II (Ny. Ar)
 Klien 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 : - Kesadaran compos mentis GCS 15 (E ₄ M ₆ V ₅) - Tanda-Tanda Vital TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 26 x/menit S: 37°C | Hipertensi | (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2. | Data Subjektif: - Klien mengatakan sulit bernafas Data Objektif : - Pola nafas abnormal RR: 26 x/mnt - Klien terlihat sesak - Klien terpasang O ₂ nasal kanul 5l/m | Depresi pusat penafasan | (D.0005) Pola nafas tidak efektif |
| 3. | Data Subjektif: - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemah - Klien mengatakan lemah untuk beraktifitas - Klien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya Data Objektif : - Kekuatan otot klien menurun $\begin{array}{r} 5 3 \\ 5 3 \end{array}$ - Aktifitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Rentang gerak (ROM) menurun - Klien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur - Klien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLnya | Kekuatan otot meurun | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik |

| | | | |
|----|---|-----------------------|---|
| 4. | Data Subjektif: - Klien mengatakan sulit berbicara Data Objektif : - Klien sulit berbicara - Klien terlihat kurang jelas saat berbicara - Klien terlihat pelo | Neuromuskular | (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan |
| 5. | Data Subjektif : - Data Objektif : - Skala morse klien kategori risiko tinggi 60 - Pagar pengaman klien selalu terpasang - Kekuatan otot klien menurun $\begin{array}{r} 5 \quad \quad 3 \\ 5 \quad \quad 3 \end{array}$ | Kekuatan otot menurun | (D.0143) Resiko jatuh |

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5
Diagnosa Keperawatan
Klien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang AngsokaRSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| No | Klien I | | Klien II | |
|----|-------------------------|--|-------------------------|--|
| | 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 faktor risiko emboli | Senin, 06 Mei 2019 | (D. 0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi |
| 2. | Selasa, 2 April 2019 | (D.0001) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dibuktikan dengan Klien tidak mampu batuk, Sputum berlebih di jalan nafas. Suara nafas abnormal yaitu ronkhi, RR: 26x/menit | Rabu, 08 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat penafasan, yang dibuktikan dengan Klien mengatakan sulit bernafas, Pola nafas abnormal RR: 26 x/mnt, Klien terlihat sesak, Klien terpasang O2 nasaal kanul 5l/m |
| 3. | Selasa, 2 April 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan terjadinya | Rabu, 08 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot |

| No | Klien I | | Klien II | |
|----|-------------------------------|--|----------------------------|---|
| | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) |
| | | penurunan kekuatan otot $\begin{array}{r l} 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \end{array}$ Dan rentang gerak yang menurun. | | menurun, yang ditandai dengan : Data Subjektif : - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemah - Klien mengatakan lemah untuk beraktifitas - Klien mengatakan selalu membutuhkan - bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya Data Objektif : - Kekuatan otot klien menurun $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ - Aktifitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Rentang gerak (ROM) menurun - Klien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur - Klien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLnya |
| | Selasa, 2 April 2019 | (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Keluarga Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan klien di tempat tidur secara aman, Klien di seka 1x/hari ,Klien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar,Kuku klien dipotong 2 minggu 1x, terlihat kuku klien yang kotor | Senin, 06 Mei 2019 | D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neromuskular, yang ditandai dengan : Data Subjektif: - Klien mengatakan sulit berbicara Data Objektif: - Klien sulit berbicara - Klien terlihat kurang jelas saat berbicara - Klien terlihat pelo |

| No | Klien I | | Klien II | |
|----|-------------------------|--|-------------------------|---|
| | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) |
| | Selasa, 2 April 2019 | (D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas di tandai dengan klien tirah yang baring lama, Klien immobilisasi sepenuhnya, Kondisi kulit sangat lembab, Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus | Senin, 06 Mei 2019 | ((D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang ditandai dengan : Data Subjektif : - Data Objektif : - Skala morse klien kategori risiko tinggi 60 - Pagar pengaman klien selalu terpasang - Kekuatan otot klien menurun $\begin{array}{r} 5 3 \\ \hline 5 3 \end{array}$ |
| | Selasa, 2 April 2019 | (D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot klien $\begin{array}{r} 0 0 \\ \hline 0 0 \end{array}$ Klien mengalami penurunan kesadaran ($E_2M_3V_2$), Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 | - | - |
| | Selasa, 2 April 2019 | (D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Dibuktikan dengan keinginan keluarga klien untuk mengelola masalah kesehatan dimana Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien , Keluarga klien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk klien , Keluarga klien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | - | - |

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada klien 1 dan klien 2, ditemukan diagnosa

keperawatan pada klien 1 terdapat 7 diagnosa keperawatan, sedangkan pada klien 2 ditemukan 5 diagnosa keperawatan. Berdasarkan masing-masing diagnosa pada 2 klien tersebut didapatkan 3 diagnosa yang sama antara klien 1 dan klien 2.

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6
Intervensi Keperawatan Klien I (Ny.P)
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 Fator risiko emboli | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan Kriteria hasil terjadinya peningkatan kesadaran, menurunnya sakit kepala, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik. | 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 pemantauan neurologis Edukasi 1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.8 Informasikan hasil pemantauan Pemberian obat (I.02062) Observasi 1.9 Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat 1.10 Monitor efek terapeutik obat Terapeutik 1.11 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 1.12 Lakukan prinsip 6 benar Edukasi 1.13 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------------------|---|---|---|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0001) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dibuktikan dengan Klien tidak mampu batuk, Sputum berlebih di jalan nafas. Suara nafas abnormal yaitu ronkhi, RR: 26x/menit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan Kriteria hasil dispneu menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik | <p>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, kusmaul, dll)</p> <p>2.3 Monitor aliran O2</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.4 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien</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 nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2.9 Monitor adanya bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, wheezing, ronchi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.10 Posisikan klien semifowler atau fowler</p> <p>2.11 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>2.12 Berikan oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>2.13 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>2.14 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.15 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------------------|--|---|--|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, klien penurunan kesadaran, Klien 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 kelemahan dibuktikan dengan Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang), Klien penurunan kesadaran, Klien mengalami keterbatasan gerak karena terjadi kelemahan ekstremitas, Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan klien 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 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 |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------------------|--|---|--|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas ditandai dengan klien tirah yang baring lama, Klien immobilisasi sepenuhnya, Kondisi kulit sangat lembab, Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus | 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>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>5.3 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>5.4 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>5.5 Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>5.6 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>5.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>Observasi</p> <p>5.8 Monitor kondisi kulit</p> <p>5.9 Monitor komplikasi tirah baring</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.10 Tempatkan pada kasus terapeutik</p> <p>5.11 Pertahankan kebersihan klien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.12 Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</p> |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------------------|---|--|--|
| Selasa, 2 April 2019 | (D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot, klien mengalami penurunan kesadaran, Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh, Lingkungan klien 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 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 |
| Selasa, 2 April 2019 | (D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Dibuktikan dengan Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien , Keluarga klien mengatakan ingin belajar dari perawat bagaimana cara latihan gerak untuk klien , Keluarga klien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan Kriteria Hasil menerapkan program perawatan meningkat, melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat. | Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 7.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 7.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 7.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 7.5 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 7.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7.7 Ajarkan PHBS |

Tabel 4.7
Intervensi Keperawatan Klien II (Ny.Ar)
dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| No | Hari/Tgl Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|--------------------|---|--|--|
| 1. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 4 2. Tekanan intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan pada 4 | 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.3 Monitor adanya keluhan sakit kepala 1.4 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas) 1.5 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK 1.6 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial |
| 2. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energy | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 2. Irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 3. Suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5 | 2.1 Manajemen jalan nafas 2.2 Pemantauan respirasi 2.3 Pengaturan posisi 2.4 Berikan O2 2.5 Stabilisasi jalan nafas |

| No | Hari/Tgl Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|--------------------|---|---|--|
| 3. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Gerakan otot diperahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 | 3.1 Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan 3.2 Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3.3 Bantu klien menggunakan tongkat saat berjalan 3.4 Ajarkan klien dan keluarga tentang Teknik ambulasi 3.5 Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 3.6 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai 3.7 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |
| 4. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0119) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil: 1. Menggunakan bahasa tertulis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Menggunakan bahasa lisan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 3. Mengenali pesan yang diterima dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 | 4.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 4.2 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4.3 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 4.4 Ulangi apa yang di sampaikan klien 4.5 Anjurkan berbicara perlahan 4.6 Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara |
| 5. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0143) Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan 4 ditingkatkan 5 | 5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 5.5 Monitor kemampuan |

| No | Hari/Tgl Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|--------------------|----------------------|--|--|
| | | | 2. Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 4. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 5. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 | berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya |

Berdasarkan tabel 4.6 dan 4.7 diatas setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2, selanjutnya melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2.

d. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8
 Implementasi Keperawatan Klien I (Ny. P)
 dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
 Ruang AngsokaRSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|---|---|---|
| Hari 1 Tanggal 2 April 2019 Jam 08.00 | 2.1 Menghitung frekuensi pernafasan dan melihat kedalaman nafas | RR: 26x/menit, dangkal. |
| Jam 08.02 | 2.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | Aliran O2 adekuat (tidak ada kebocoran) |
| Jam 08.03 | 2.2 Melihat Pola nafas klien | Pola nafas klien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 08.10 | 2.4 Mendengarkan suara nafas tambahan | Terdapat suara nafas tambahan yaitu ronkhi |
| Jam 08.20 | 1.1 Cek kesadaran klien | Tingkat kesadaran klien somnolen (E2M3V2) |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|---|---|--|
| Jam 08.40 | 1.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke klien | Nama klien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 09.05 | 1.8 Memberikan obat ke klien 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 klien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif |
| Jam 11.15 | 5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit | Bedrest yang lama |
| Jam 11.20 | 5.1 Menanyakan pada keluarga klien mengenai pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya | Keluarga klien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakit klien dan bagaimana melatih ekstremitasnya agar tidak terjadi kekakuan |
| Jam 11.30 | 7.4 Mengontrak keluarga klien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan | Keluarga klien mengatakan bersedia dan sangat senang untuk menerima informasi dari penkes yang akan dilakukan |
| Jam 12.00 | 1.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan klien | TD: 150/110 mmHg, RR: 26x/menit Suhu: 37.3°C, N: 68x/menit |
| Hari 2 Tanggal 3 April 2019 Jam 14.00 | 1.1 Cek kesadaran klien | Tingkat kesadaran klien somnolen (E2M3V2) |
| Jam 14.10 | 2.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | Aliran O2 adekuat (tidak ada kebocoran) |
| Jam 14.13 | 5.2 Mengubah posisi klien ke sebelah kanan | Klien terlihat nyaman |
| Jam 14.15 | 5.8 Melihat kondisi kulit | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab |
| Jam 16.05 | 2.2 Melihat Pola nafas klien | Pola nafas klien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 16.08 | 5.2 Mengubah posisi klien ke | Klien terlihat nyaman |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|--------------------------------|--|---|
| | sebelah kanan | |
| Jam 16.10 | 5.8 Melihat kondisi kulit | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab |
| Jam 16.45 | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan klien | TD: 140/90mmHg Suhu: 37.5°C N: 75x/menit RR: 24x/menit |
| Jam 18.00 | 5.2 Mengubah posisi klien ke sebelah kanan | Klien terlihat nyaman |
| Jam 18.05 | 5.8 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 klien 60 atau dengan kategori sangat tinggi akan risiko jatuh |
| Jam 20.40 | 1.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke klien | Nama klien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 20.50 | 1.8 Memberikan obat ke klien Ranitidine (2ml) via IV dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, ekspresi klien sedikit meringis, klien mengetahui obatnya. |
| Hari 3 Tanggal 4 April 2019 | | |
| Jam 11.00 | 5.2 Mengubah posisi klien ke sebelah kanan | Klien terlihat nyaman |
| Jam 11.08 | 5.8 Melihat kondisi kulit | Tidak ada kemerahan pada kulit |
| Jam 11.50 | 1.1 Cek kesadaran klien | Tingkat kesadaran klien somnolen (E2M3V2) |
| Jam 12.02 | 2.2 Melihat Pola nafas klien | Pola nafas klien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 12.03 | 2.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | Aliran O2 adekuat (tidak ada kebocoran) |
| Jam 12.15 | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan klien | TD: 150/100 mmHg N: 82x/menit Suhu: 37.7°C RR: 26x/menit |
| Jam 12.50 | 5.2 Mengubah posisi klien ke sebelah kanan | Klien terlihat nyaman |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|---|---|--|
| Jam 12.55 | 5.8 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 klien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat |
| Jam 13.10 | 3.6 Mempraktekkan dan membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada klien | Keluarga sangat kooperatif saat latihan |
| Jam 13.20 | 3.5 Menganjurkan pada keluarga untuk latihan secara perlahan agar klien terhindar dari cedera | Keluarga sangat kooperatif dan mau menerima anjuran dari perawat |
| Jam 13.30 | 7.3 Memberikan keluarga media berupa leaflet untuk membantu keluarga jika lupa prosedur dari ROM | Keluarga klien antusias diberikan leaflet materi latihan |
| Jam 13.35 | 7.5 Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya seputar latihan | Keluarga klien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes |
| Jam 13.40 | 3.9 Menganjurkan keluarga untuk melakukan ROM pada klien secara sistematis dan berkelanjutan | Keluarga klien mau menerima anjuran dari perawat |
| Jam 15.00 | 5.2 Mengubah posisi klien ke sebelah kanan | Klien terlihat nyaman |
| Jam 15.05 | 5.8 Melihat kondisi kulit | Tidak ada kemerahan kulit |
| Jam 16.50 | 1.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke klien | Nama klien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 17.02 | 1.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV ke klien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, ekspresi klien sedikit meringis, klien mengetahui obatnya. |
| Hari 4 Tanggal 5 April 2019 Jam 08.00 | 1.1 Cek kesadaran klien | Tingkat kesadaran klien somnolen dengan GCS E2M3V2 |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|--------------------------|---|---|
| Jam 08.10 | 2.2 Melihat Pola nafas klien | Pola nafas klien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 08.15 | 2.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | Aliran O2 adekuat (tidak ada kebocoran) |
| Jam 08.30 | 1.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke klien | Nama klien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 08.40 | 1.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV, Ranitidine (2ml) via IV Dan Micardis 80 mg (p.o) ke klien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, ekspresi klien sedikit meringis, klien mengetahui obatnya. |
| Jam 10.00 | 5.2 Mengubah posisi klien ke sebelah kanan | Klien terlihat nyaman |
| Jam 10.05 | 5.8 Melihat kondisi kulit | Tidak ada kemerahan |
| Jam 12.30 | 3.6 Membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada klien | Keluarga sangat antusias dan kooperatif |
| Jam 12.50 | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan klien | TD: 160/100 mmHg N: 101x/menit Suhu: 37.8°C RR: 26x/menit |

Tabel 4.9
Implementasi Keperawatan Klien II (Ny. Ar)
dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
Ruang AngsokaRSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| No. | Hari/Tanggal /Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|------------|--------------------------|---|--|
| 1. | Senin , 06 Mei 2019 | 4.5 Memberitahu klien untuk berbicara perlahan | Klien berbicara perlahan |
| | | 4.4 Mengulangi apa yang disampaikan klien | Perawat mengulang apa yang klien katakan |
| | | 2.3 Mengatur posisi klien | Klien merasa lebih nyaman |
| | | 3.7 Membantu klien merubah posisinya | Posisi klien semi fowler |
| | | 3.6 Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya | Memberikan psaien makan |

| No. | Hari/Tanggal /Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---------------------|---|--|
| | | 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu klien , menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan 1.3 Menanyakan kepada klien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya | Lingkungan sekitar klien aman Skala morse klien adalah 60 kategori risiko tinggi E ₄ M ₆ V ₅ compos mentis TD: 170/110mmHg, N: 80 x/menit , RR: 26 x/menit, S: 37°C Klien mengatakan kepalanya sedikit pusing Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi |
| 2. | Selasa, 08 Mei 2019 | 4.5 Memberitahu klien untuk berbicara perlahan 4.4 Mengulangi apa yang disampaikan klien 3.6 Membantu memandikan klien 2.3 Mengatur posisi klien 3.7 Membantu klien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Mempertahankan O ₂ 3.6 Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu klien , menghitung nadi dan pernafasan | Klien berbicara perlahan Perawat mengulang apa yang klien katakan Klien terlihat lebih bersih Klien merasa lebih nyaman Posisi klien semi fowler Pernapasan klien teratur Klien terpasang oksigen nasal 5l/m Memberikan klien makan Lingkungan sekitar klien aman Skala morse klien adalah 80 kategori risiko tinggi Compos mentis TD: 180/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 25 x/menit, S: 37,5°C |

| No. | Hari/Tanggal /Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|-------------------|---|---|
| | | 1.3 Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | Klien mengatakan ada keluhan pusing |
| 3. | Rabu, 8 Mei 2019 | 4.5 Memberitahu klien untuk berbicara perlahan 4.4 Mengulangi apa yang disampaikan klien 3.6 Membantu memandikan klien 2.3 Mengatur posisi klien 3.7 Membantu klien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Mempertahankan O2 3.6 Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu klien , menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | Klien berbicara perlahan Perawat mengulang apa yang klien katakana Klien terlihat lebih bersih Klien merasa lebih nyaman Posisi klien semi fowler Pernapasan klien teratur Klien terpasang oksigen nasal 4 L Memberikan klien makan Lingkungan sekitar klien aman Skala morse klien adalah 80 kategori risiko tinggi Compos Mentis TD: 150/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37,1°C Klien mengatakan tidak ada keluhan pusing |

Berdasarkan tabel 4.8 dan 4.9 diatas bahwa intervensi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 4 hari dirumah sakit pada tanggal 02-05 April 2019, dan klien ke 2 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit dari tanggal 06-08 Mei 2019.

e. Evaluasi

Tabel 4.10
 Evaluasi Keperawatan Klien I (Ny. P)
 Klien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
 Ruang AngsokaRSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|--|--|
| Hari 1 Selasa, 2 April 2019 | Dx. 2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular | <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit <p>A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kusmaul, dll) 2.3 Monitor aliran O2 2.5 Posisikan klien semifowler atau fowler |
| | Dx. 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017) | <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3) - Tanda vital: TD: 160/100 mmHg Suhu: 37.5°C N: 75x/menit RR: 26x/menit <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 1.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 1.7 Lakukan prinsip 6 benar 1.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|---|---|
| | 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. 7 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111) | S: - Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien O: - Keluarga klien banyak bertanya tentang stroke dan ROM A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 7.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 7.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 7.5 Berikan kesempatan untuk bertanya |
| | Dx. 5 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139) | S: - O: - Klien tirah baring lama - Klien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|---|---|
| | | 5.8 Monitor kondisi kulit 5.11 Pertahankan kebersihan klien |
| Hari 2 Rabu, 3 April 2019 | Dx.2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular | S:- O: <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 24x/menit A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kusmaul, dll) 2.3 Monitor aliran O2 2.5 Posisikan klien semifowler atau fowler |
| | Dx.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: - O: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3) - Tanda vital: TD: 150/100mmHg Suhu: 37.5°C N: 80x/menit RR: 24x/menit A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 1.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 1.7 Lakukan prinsip 6 benar 1.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian. |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|---|---|
| | 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. 7 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111) | S: - Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien O: - Keluarga klien banyak bertanya tentang stroke dan ROM A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 7.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 7.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 7.5 Berikan kesempatan untuk bertanya |
| | Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | S:- O: - Klien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3) - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1 - Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan klien aman (pagar pengaman bed terpasang) A: Masalah keperawatan Risiko jatuh teratasi P: Pertahankan intervensi 6.2 Identifikasi faktor lingkungan |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|---|---|
| | | <p>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. 5 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139)</p> | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tirah baring lama - Klien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus <p>A : Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam 5.8 Monitor kondisi kulit 5.11 Pertahankan kebersihan klien |
| <p>Hari 3 Kamis, 4 April 2019</p> | <p>Dx.2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> | <p>S:-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit <p>A : Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll) 2.3 Monitor aliran O2 2.5 Posisikan klien semifowler atau fowler |
| | <p>Dx.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p> | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3) - Tanda vital: TD: 150/110 mmHg |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|--|---|
| | | <p>N: 88x/menit Suhu: 37.7°C RR: 24x/menit</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 1.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 1.7 Lakukan prinsip 6 benar 1.8 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> <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. 7 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)</p> | <p>S: - Keluarga klien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien</p> <p>O: - Keluarga klien bisa mengulang prosedur yang sudah diajarkan</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p> |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---|---|--|
| | Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | S:- O: - Klien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3) - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1 - Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan klien aman (pagar pengaman bed 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 |
| | Dx. 5 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139) | S : - O: - Klien tirah baring lama - Klien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam 5.8 Monitor kondisi kulit 5.11 Pertahankan kebersihan klien |
| Hari 4 Kamis, 5 April 2019 | Dx.2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular | S:- O: - Klien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit A: Masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif belum |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|---|--|
| | | teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll) 2.3 Monitor aliran O ₂ 2.5 Posisikan klien semifowler atau fowler |
| | Dx.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: - O: - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E3M3V3) - Tanda vital: TD: 140/90 mmHg N: 76x/menit Suhu: 37.5°C RR: 26x/menit A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi, RR, Suhu) 1.6 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat 1.7 Lakukan prinsip 6 benar 1.8 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. |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|---|---|
| | Dx. 6 Risiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3) - Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1 - Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan klien aman (pagar pengaman bed terpasang) <p>A: Masalah keperawatan Risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 5 Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d penurunan mobilitas (D.0139) | <p>S : -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tirah baring lama - Klien immobilisasi sepenuhnya - Kondisi kulit sangat lembab - Berdasarkan tabel penilaian risiko decubitus, klien mendapat skor 8 yang artinya berisiko tinggi decubitus <p>A: Masalah Keperawatan risiko gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam 5.8 Monitor kondisi kulit 5.11 Pertahankan kebersihan klien |

Tabel 4.11
 Evaluasi Keperawatan Klien II (Ny. Ar)
 Klien dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap
 Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

| Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-------------------|---|--|
| Senin, 6 Mei 2019 | Dx 1 (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | <p>S : - O : - TD: 200/110mmHg - N: 80 x/menit - RR: 25 x/menit - S: 37,5°C - Compos Mentis E₄M₆V₅</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran</p> |
| | Dx 2 (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan | <p>S : Klien mengatakan masih sesak nafas O : - Klien terpasang O₂ nasal kanul 4 liter - RR : 25 x/mnt</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O₂</p> |
| Senin, 6 Mei 2019 | Dx3 (D.0054) Gangguan mobilitas fisik | <p>S : Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan O : - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Klien hanya berbaring ditempat tidur</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.6 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai 3.7 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------|---|--|
| Senin, 6 Mei 2019 | Dx 4 (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral | <p>S: Klien mengatakan sulit berbicara</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit berbicara - Klien terlihat kurang jelas saat berbicara - Klien terlihat pelo - Klien sulit mengungkapkan kata-kata <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>4.5 Anjurkan berbicara perlahan</p> |
| Senin, 6 Mei 2019 | Dx5 (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman klien selalu terpasang <p>A: Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> |
| Selasa, 7 Mei 2019 | Dx 1 (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:170/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 25 x/menit, S: 37,5°C - Compos Mentis E₄M₆V₅ <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.2 Monitor tingkat kesadaran</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------|---|---|
| Selasa, 8 Mei 2019 | Dx 2 (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan | <p>S: Klien mengatakan masih sesak nafas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang O2 nasal kanul 4 liter - RR : 25 x/mnt <p>A: Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O2 |
| | Dx 3 (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal | <p>S: Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Klien hanya berbaring ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.6 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai 3.7 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |
| Selasa, 7 Mei 2019 | Dx 4 (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral | <p>S: Klien mengatakan sulit berbicara</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit berbicara - Klien terlihat kurang jelas saat berbicara - Klien terlihat pelo - Klien sulit mengungkapkan kata-kata <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien 4.5 Anjurkan berbicara perlahan |

| Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------|---|---|
| Selasa, 7 Mei 2019 | Dx 5 (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman klien selalu terpasang <p>A: Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya |
| Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TD: 120/90mmHg, N: 70 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37°C - Compos Mentis E₄M₆V₅ <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor tanda-tanda vital |
| Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan | <p>S: Klien mengatakan sesaknya berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang O₂ nasal kanul 4 liter - RR : 24 x/mnt <p>A: Masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O₂ |

| Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|------------------|--|--|
| Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal | <p>S: Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat - Klien hanya berbaring ditempat tidur <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.6 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai</p> <p>3.7 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |
| Rabu, 8 Mei 2019 | Dx 4 (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral | <p>S: Klien mengatakan sulit berbicara</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit berbicara - Klien terlihat kurang jelas saat berbicara - Klien terlihat pelo - Klien sulit mengungkapkan kata-kata <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>4.5 Anjurkan berbicara perlahan</p> |
| Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman klien selalu terpasang <p>A: Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|----------------------|--|
| | | 5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya |

Pada tabel 4.10 dan 4.11 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan. Pada klien 1 setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari maka dilakukan evaluasi didapatkan hasil dari 7 diagnosa hanya 2 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu diagnosa risiko jatuh dan defisit pengetahuan. Sedangkan pada klien 2 setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan maka didapatkan hasil evaluasi dari 5 diagnosa keperawatan tidak ada masalah yang teratasi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa medis stroke non hemoragik. Asuhan keperawatan pada klien 1 dilaksanakan sejak tanggal 02 April sampai 05 April 2019 di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Sedangkan pada klien 2 asuhan keperawatan dilaksanakan dari tanggal 06 Mei sampai 08 Mei 2019 di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013).

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari selasa, 02 April 2019 sedangkan pada klien 2 dilakukan pengkajian pada Senin, 06 Mei 2019, klien 1 berusia 62 tahun, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir tidak tamat SD dan klien 2 berusia 63 tahun, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SD. Pada klien 1 (Ny. P) ditemukan dengan keluhan utama penurunan kesadaran, juga mengalami kelumpuhan pada anggota gerak sebelah kanan sejak terjatuh dirumah. Sedangkan pada klien 2 (Ny.Ar) ditemukan keluhan utama kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Menurut peneliti adanya keluhan utama penurunan kesadaran, kelumpuhan/kelemahan anggota gerak, yang terjadi pada kedua klien di atas sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus Stroke, dimana keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada klien stroke (Menurut Nurarif Huda, 2016).

Koma dapat disebabkan oleh penyebab traumatik dan non-traumatik. Penyebab traumatik yang sering terjadi adalah kecelakaan lalu lintas, kekerasan fisik, dan jatuh. Penyebab non-traumatik yang dapat membuat seseorang jatuh dalam keadaan koma antara lain gangguan metabolik, intoksikasi obat, hipoksia global, iskemia global, stroke iskemik,

perdarahan intraserebral, perdarahan subaraknoid, tumor otak, kondisi inflamasi, infeksi sistem saraf pusat seperti meningitis, ensefalitis dan abses serta gangguan psikogenik (Greer, 2012). Berdasarkan data dari hasil pengkajian ditemukan klien 1 mengalami penurunan kesadaran yaitu koma. Menurut asumsi peneliti terjadinya penurunan kesadaran bisa disebabkan karena klien terjatuh di kamar mandi sehingga menyebabkan klien tidak sadar sesuai dengan teori yang telah dikemukakan oleh penulis bahwa penyebab klien tidak sadar bisa dikarenakan faktor traumatik. Factor penyebab lainnya juga bisa dikarenakan sumbatan pada pembuluh darah, karena ada sumbatan tersebut maka akan menghambat aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen.

Klien 1 (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 antihipertensi. Sedangkan klien 2 (Ny. Ar) dengan riwayat penyakit dahulu pernah dirawat di rumah sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tahun 2017 dengan penyakit yang sama. Dari anamnesa tersebut peneliti berasumsi bahwa klien 1 (Ny. P) mengalami serangan stroke disebabkan oleh adanya riwayat hipertensi dan penggunaan obat antihipertensi. Sedangkan pada klien 2 (Ny. Ar) mengalami serangan stroke disebabkan karena stroke sebelumnya atau yang biasanya disebut dengan serangan

stroke berulang. Menurut peneliti hal ini sesuai dengan teori hasil pengkajian riwayat penyakit dahulu oleh Tarwoto (2013).

Pada pengkajian pemeriksaan fisik ditemukan data dari keadaan umum klien 1 (Ny. P) yaitu dengan posisi klien 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, kesadaran klien Koma E2M3V2 dengan tanda tanda vital TD: 150/100 mmHg, N: 76x/menit, Suhu: 37,7°C, RR: 26x/menit. Sedangkan pada klien 2 (Ny. Ar) keadaan umumnya sedang, kesadaran compos mentis E4M6V5 dengan tanda tanda vital TD: 170/110mmHg, N: 100 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 37oC, Spo2: 98%. Menurut asumsi peneliti data diatas sudah sesuai dengan teori Nurarif Huda (2016) manifestasi klinis pada klien stroke salah satunya adalah mengalami penurunan kesadran.

Berdasarkan hasil pengkajian tentang sistem pencernaan dan status nutrisi ditemukan perbedaan dalam pemberian diet, dimana pada klien 1 (Ny. P) diet yang diberikan ialah diet cair dengan frekuensi 6x200cc melalui NGT. Sedangkan pada klien 2 (Ny. Ar) makan melalui oral dengan frekuensi makan 3x sehari dan porsi makan dihabiskan. Menurut asumsi peneliti data diatas sudah sesuai dengan teori penelitian yang dilakukan oleh setyopranoto (2016) tentang penatalaksanaan pemberian nutrisi pada klien stroke, dimana pada klien yang mengalami penurunan

kesadaran sebaiknya menggunakan nasogastriktube, sedangkan pemberian nutrisi melalui oral hanya diberikan jika fungsi menelannya baik.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang sistem muskuloskeletal ditemukan bahwa klien 1 (Ny. P) dan klien 2 (Ny. Ar) mengalami gangguan yang sama yaitu gangguan mobilitas fisik dimana terjadi kelemahan maupun kelumpuhan pada anggota gerak. Hal ini sesuai dengan teori dimana hemiparese/hemiplegia tersebut disebabkan oleh vasospasme arteri serebral (Nurarif dan Hardhi, 2016).

Pada klien 1 (Ny. P) ekstremitas mengalami kelumpuhan pada bagian kanan dan kiri dengan nilai kekuatan otot

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

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

Pada klien 2 (Ny. Ar) kelemahan ekstremitas yang terjadi adalah pada bagian kiri dengan nilai kekuatan otot

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

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang risiko jatuh pada kedua klien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimana klien stroke berisiko jatuh. Sesuai dengan skala morse, klien 1 (Ny. P) skor yang didapat dengan menggunakan skala morse adalah 60 yang berarti kategori risiko jatuh tinggi. Penurunan kesadaran semakin

meningkatkan risiko jatuh pada klien . Pada klien 2 (Ny.Ar) mendapatkan skor 60 yang juga berarti kategori risiko jatuh tinggi.

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

2. Diagnosa Keperawatan

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

Berikut diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), defisit nutrisi

berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan pengelihatn (mis.ablasio retina), gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Berdasarkan data hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan diatas didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang sama pada 2 klien yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif, Gangguan mobilitas fisik , dan Risiko jatuh. Sedangkan diagnosa yang lain yang berbeda adalah Pola nafas tidak Bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, Defisit perawatan diri, Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan, dan Risiko gangguan integritas kulit. Diagnosa utama yang diangkat pada kedua klien adalah Risiko perfusi serebral d.d faktor risiko emboli.

Berikut diagnosa yang muncul sesuai dengan teori pada kedua klien antara lain:

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada kedua klien yang pertama adalah resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor resiko emboli. Saat dilakukan pengkajian pada kedua klien ditemukan data objektif yang sama yaitu terjadinya peningkatan tekanan darah.

Resiko perfusi serebral tidak efektif adalah berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor risiko yang biasa ditemukan adalah faktor embolisme dan faktor hipertensi (PPNI, 2017).

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 Huda, 2016).

Pada klien 1, diagnosa Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko embolisme, menurut asumsi peneliti faktor risiko yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan untuk terjadinya masalah, berikut data

yang di temukan pada klien 1 faktor risiko yang dibuktikan dengan risiko embolisme dan ditandai dengan:

a) Data subjektif : -

b) Data Objektifnya :

Klien mengalami penurunan kesadaran koma ($E_2M_3V_2$) dan tekanan darah yang tinggi dengan hasil pemeriksaan TD: 150/100 mmHg, N:76x/menit, S: 37,7°C, RR: 26x/menit.

Perumusan diagnosa keperawatan pada klien 1, penulisan diagnosa faktor risiko sudah sesuai dengan penegakan diagnosa risiko pada SDKI.

Pada klien 2, diagnosa Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, menurut peneliti faktor risiko yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan untuk terjadinya masalah, berikut data yang di temukan pada klien 2 faktor risiko yang dibuktikan dengan risiko hipertensi dan ditandai dengan:

a) Data subjektif : -

b) Data Objektif :

Kesadaran compos mentis ($E_4M_6V_5$) dan tekanan darah yang tinggi dengan hasil pemeriksaan TD: 170/110 mmHg, N:100x/menit, S: 37°C, RR: 26x/menit.

Perumusan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 yang ditemukan sudah sesuai dengan teori penegakan diagnosa risiko pada SDKI.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa ketiga yang ditegakkan pada kedua klien dan sama dengan teori yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot menurun. Saat pengkajian didapatkan data objektif dari kedua klien yaitu kekuatan otot menurun, pergerakan sendi terbatas, klien tampak dibantu keluarganya saat ingin sesuatu.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan data subjektifnya mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Sedangkan kriteria minornya data subjektifnya meliputi nyeri saat bergerak dan data objektifnya meliputi sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017).

Berdasarkan teori yang telah dituliskan oleh peneliti bahwa karena adanya gangguan di sistem persyarafan sehingga terjadi penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal yang menyebabkan kelemahan anggota gerak /hemiparese merupakan masalah umum yang dialami oleh klien stroke (Nurarif Huda, 2016).

Pada klien 1, diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun, dimana metode penulisan diagnosa aktual pada klien 1 sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI. Namun tanda mayor yang didapatkan pada klien 1 Belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen, dimana tanda mayor yang didapatkan pada klien 1 yaitu :

a) Data subjektif : -

b) Data Objektif :

Klien mengalami penurunan kekuatan otot 0/0/0/0 dan rentang gerak (ROM) menurun.

Perumusan diagnosa keperawatan pada klien 1, penulisan diagnosa aktual sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI.

Pada klien 2, diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun 5/5/3/3, klien terlihat lemah hanya berbaring ditempat tidur dan rentang gerak (ROM) menurun, dimana metode penulisan diagnosa aktual pada klien 2 sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI. Tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien 2 sudah memenuhi validasi penegakan

diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen, dimana tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien 2 yaitu:

a) Data subjektif:

Klien mengatakan kaki kanan dan kiri terasa lemah, klien mengatakan lemah untuk beraktivitas, klien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya.

b) Data objektif:

kekuatan otot menurun 5/5/3/3, aktifitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat, rentang gerak (ROM) menurun, klien terlihat lemah hanya berbaring ditempat tidur, klien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLnya.

Perumusan diagnosa keperawatan pada klien 2, penulisan diagnosa aktual sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI.

c. Risiko jatuh

Diagnosa keenam pada klien 1 dan diagnosa kelima pada klien 2 yang ditegakkan pada kedua klien yang sama dengan teori yaitu diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun ditandai dengan kekuatan otot menurun. Saat pengkajian didapatkan data objektif dari kedua klien yaitu kekuatan otot menurun dan skala morse risiko tinggi.

Risiko jatuh adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor risiko yang biasa ditemukan adalah faktor kekuatan otot menurun, faktor penurunan tingkat kesadaran dan gangguan penglihatan (PPNI, 2017).

Penurunan kesadaran juga dapat menjadi pemberat pada risiko jatuh dimana sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Nurarif Huda (2016).

Pada klien 1, diagnosa Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun, menurut peneliti faktor risiko yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan untuk terjadinya masalah, berikut data yang di temukan pada klien 1 faktor risiko yang dibuktikan dengan risiko kekuatan otot menurun dan ditandai dengan:

- a) Data subjektif : -
- c) Data Objektifnya :

Klien mengalami penurunan kekuatan otot 0/0/0/0, klien mengalami penurunan kesadaran koma ($E_2M_3V_2$) dan skala morse tinggi 60 (risiko).

Perumusan diagnosa keperawatan pada klien 1, penulisan diagnosa faktor risiko sudah sesuai dengan penegakan diagnosa risiko pada SDKI.

Pada klien 2, diagnosa Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun, menurut peneliti faktor risiko yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan untuk terjadinya masalah, berikut data yang di temukan pada klien 2 faktor risiko yang dibuktikan dengan risiko hipertensi dan ditandai dengan:

- a) Data subjektif : -
- b) Data Objektif :

Klien mengalami penurunan kekuatan otot 5/5/3/3, dan skala morse tinggi 60 (risiko).

Perumusan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 yang ditemukan sudah sesuai dengan teori penegakan diagnosa risiko pada SDKI. Namun pada penegakkan faktor risiko terdapat perbedaan dengan teori yang di kemukakan oleh peneliti. Peneliti dalam teori mengemukakan risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan pengelihatn (mis.ablasio retina). Sedangkan yang ditemukan pada klien 1 dan 2 dibuktikan dengan kekuatan otot menurun.

Berikut diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan teori pada klien 2 antara lain:

a. Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa pada klien 2 yang sesuai dengan teori adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan sulit berbicara. Sementara data objektif klien sulit berbicara, klien terlihat kurang jelas saat berbicara, klien terlihat pelo.

Gangguan komunikasi verbal merupakan terjadinya penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim atau menggunakan system symbol. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai. Sedangkan kriteria minornya yaitu afasia, apraksia, disleksia, disartria, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit menyusun kalimat, sulit mengungkapkan kata kata.

Pada klien 2, diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan klien sulit berbicara, klien terlihat pelo dan klien kurang jelas saat berbicara, dimana metode penulisan diagnosa aktual pada klien 2 sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI. Tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien 2 sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan

Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen, dimana tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien 2 yaitu:

a) Data subjektif :

Klien mengatakan sulit berbicara

b) Data Objektif :

Klien sulit berbicara, klien terlihat kurang jelas saat berbicara, klien terlihat pelo.

Menurut peneliti perumusan diagnosa keperawatan pada klien 2 yang ditemukan sudah sesuai dengan teori penegakan diagnosa aktual pada SDKI. Namun pada penegakkan faktor penyebab terdapat perbedaan dengan teori yang di kemukakan oleh peneliti. Peneliti dalam teori mengemukakan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Sedangkan yang ditemukan pada klien 2 berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Diagnosa keperawatan pada kedua klien yang terdapat kesenjangan dengan teori antara lain:

a. Pola nafas tidak efektif

Diagnosa pertama yang berbeda antara teori adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan. Saat pengkajian didapatkan data subyektif yaitu klien yang mengatakan sulit untuk bernafas. Sementara data objektif didapatkan pola nafas

abnormal RR: 26x/menit, klien terlihat sesak, klien terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm.

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberika ventilasi adekuat (PPNI, 2017).

Menurut Nurarif dan Hardhi (2016), klien stroke bisa mengalami gangguan pola nafas menjadi tidak efektif dikarenakan terjadinya kerusakan serebral yang berakibat pada pusat pernafasan sehingga berlebihandalam merespon CO₂.

Pada klien 2, diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan dibuktikan dengan klien pola nafas abnormal, klien terlihat sesak, klien terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm. menurut peneliti penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien 2 sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI dengan persentase minimal yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

b. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Diagnosa kedua yang tidak sesuai dengan teori adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular. Saat pengkajian didapatkan data objektif klien tidak mampu batuk, sputum berlebih dijalan nafas, suara nafas abnormal: ronkhi, nafas abnormal RR: 26x/menit.

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (PPNI, 2017).

Menurut Satyanegara (2011) Komplikasi dengan klien stroke dengan tirah baring lama akibat dari mobilitas fisik dapat menyebabkan timbulnya sekret pada mukosa saluran pernafasan. Sekret susah dikeluarkan pada posisi rekumben dan akan berkumpul di daerah dependan pada dinding bronchial. Akumulasi sekret ini lama-kelamaan akan menjadi kering. Ini menyebabkan cilia tidak efektif dalam mengeluarkan sekret. Penanganan pada kasus ini yaitu melakukan nebulizer agar sekret di mukosa saluran nafas berkurang, dan melakukan suction agar sekret dapat di keluarkan.

Pada klien 1, diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dibuktikan dengan klien tidak mampu batuk, sputum berlebih dijalan nafas, suara nafas abnormal (ronkhi), nafas abnormal RR: 26x/menit, menurut peneliti sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor yang didapatkan pada klien 1 belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI dengan persentase minimal yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen

c. Defisit perawatan diri

Diagnosa ketiga yang tidak sesuai dengan teori adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Saat pengkajian didapatkan data subyektif dari keluarga klien yang mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan secara aman. Sementara data objektif didapatkan klien diseka 1x/hari, klien belum pernah dibersihkan mulutnya secara benar, kuku klien dipotong 2 minggu sekali, terlihat kuku klien yang kotor. Pada pengkajian dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga, klien untuk kebutuhan eliminasi klien terpasang cateter dan skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan total dengan 0.

Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data subyektifnya meliputi menolak melakukan perawatan diri dan data obyektifnya meliputi tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri serta minat melakukan perawatan diri kurang (PPNI, 2017).

Pada klien 1, diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan dibuktikan klien tidak mampu mandi,menggunakan pakaian,makan, ke toilet,berhias secara mandiri, dan minat untuk melakukan perawatan diri kurang, menurut peneliti sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor yang

didapatkan pada klien 1 belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI dengan persentase minimal yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen

d. Risiko gangguan integritas kulit

Diagnosa keempat yang tidak sesuai dengan teori adalah risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas. Saat pengkajian didapatkan data objektif klien tirah baring lama, klien immobilisasi sepenuhnya, kondisi kulit sangat lembab, berdasarkan penilaian resiko dekubitus, klien mendapatkan skor 8 yang artinya berisiko tinggi dekubitus.

Risiko gangguan integritas kulit adalah berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (mebran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartiago, kapsul sendi atau ligamen) (PPNI, 2017).

Pada klien 1, diagnosa keperawatan risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas. Menurut peneliti faktor risiko yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan untuk terjadinya masalah, berikut data yang di temukan pada klien 1 faktor risiko yang dibuktikan dengan risiko penurunan mobilitas dan ditandai dengan klien tirah baring lama, klien immobilisasi sepenuhnya, kondisi kulit sangat lembab,

berdasarkan penilaian resiko dekubitus, klien mendapatkan skor 8 yang artinya berisiko tinggi dekubitus.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien /klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif Huda, 2016).

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 (Ny. P) dengan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor resiko embolisme dengan tujuan 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, dengan intervensi 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 pemantauan neurologis Edukasi 1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, 1.8 Informasikan hasil pemantauan, Pemberian obat (I.02062) Observasi, 1.9 Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat, 1.10 Monitor efek terapeutik obat,

Terapeutik 1.11 Perhatikan pemberian obat yang aman dan akurat,
1.12 Lakukan prinsip 6 benar, Edukasi 1.13 Jelaskan jenis obat,
alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping
sebelum pemberian.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2
(Ny. Ar) dengan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak
efektif ditandai dengan faktor resiko Hipertensi dengan tujuan setelah
dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan resiko
perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil: Nilai rata-rata
tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke-4, Tekanan
intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan pada 4, dengan
intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital, 1.2 Monitor tingkat
kesadaran, 1.3 Monitor adanya keluhan sakit kepala, 1.4 Monitor
sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan
adanya rasa sakit pada ekstremitas, 1.5 Monitor adanya tanda/gejala
peningkatan TIK, 1.6 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan
tekanan intracranial

Sedangkan menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan
Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang
penulis gunakan untuk diagnose resiko perfusi serebral tidak efektif
ditandai dengan faktor resiko embolisme Setelah dilakukan tindakan
keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat
adekuat/meningkat dengan Kriteria hasil: Tingkat kesadaran

meningkat, Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun, Tidak ada tanda
tanda klien gelisah, TTV membaik, dengan intervensi Manajemen
Peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) 1.1 Identifikasi penyebab
peningkatan tekanan intrakranial (TIK), 1.2 Monitor tanda gejala
peningkatan tekanan intrakranial (TIK), 1.3 Monitor status pernafasan
klien , 1.4 Monitor intake dan output cairan, 1.5 Minimalkan stimulus
dengan menyediakan lingkungan yang tenang, 1.6 Berikan posisi semi
fowler, 1.7 Pertahankan suhu tubuh normal, 1.8 Kolaborasi pemberian
obat deuretik osmosis.

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 1
sudah sesuai dengan teori yang penulis gunakan yaitu teori
berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan
SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) sedangkan pada klien
2 intervensi yang digunakan masih berdasarkan NIC NOC.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1
(Ny. P) dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik
berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tujuan 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 dengan
intervensi Latihan Rentang Gerak (I.05177) Observasi 4.1 Identifikasi

indikasi dilakukan latihan, 4.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi, 4.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, Terapeutik 4.4 Gunakan pakaian yang longgar, 4.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, 4.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, 4.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, Edukasi 4.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan, 4.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, Kolaborasi 4.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 (Ny. Ar) dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Gerakan otot diperahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, dengan intervensi 3.1 Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan, 3.2 Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, 3.3 Bantu klien menggunakan tongkat saat berjalan, 3.3 Ajarkan klien dan keluarga tentang Teknik ambulasi, 3.5 Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, 3.6 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai, 3.7 Ajarkan klien

bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Sedangkan menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Kelemahan fisik menurun, dengan intervensi Dukungan Mobilisasi (I.05173) 5.1 Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya, 5.2 Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan, 5.3 Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi, 5.6 Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, 5.7 Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan, 5.8 Ajarkan mobilisasi sederhana yg bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM).

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 1 sudah sesuai dengan teori yang penulis gunakan yaitu teori berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) sedangkan pada klien 2 intervensi yang digunakan masih berdasarkan NIC NOC.

c. Risiko jatuh

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 (Ny. P) dengan masalah keperawatan risiko jatuh dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot dengan tujuan 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 dengan intervensi Pencegahan Jatuh (I.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.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 (Ny. Ar) dengan masalah keperawatan risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko kekuatan otot menurun dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil: Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan 4 ditingkatkan 5, Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5, Mengidentifikasi

kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, dengan intervensi 5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh, 5.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, 5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, 5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala, 5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Sedangkan menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil: Klien tidak terjatuh dari tempat tidur, Tidak terjatuh saat dipindahkan, Tidak terjatuh saat duduk, dengan intervensi Pencegahan jatuh (I.14540) 7.1 Identifikasi faktor resiko jatuh, 7.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, 7.3 Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci, 7.4 Pasang pagar pengaman tempat tidur, 7.5 Anjurkan untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, 7.6 Anjurkan untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 1 sudah sesuai dengan teori yang penulis gunakan yaitu teori

berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) sedangkan pada klien 2 intervensi yang digunakan masih berdasarkan NIC NOC.

d. Gangguan komunikasi verbal

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 (Ny. Ar) dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil menggunakan bahasa tertulis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, menggunakan bahasa lisan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, mengenali pesan yang diterima dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5, dengan intervensi 4.1 monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, 4.2 monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara, 4.3 identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 4.4 ulangi apa yang di sampaikan pasien, 4.5 anjurkan berbicara perlahan, 4.6 ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 2 intervensi yang digunakan masih berdasarkan NIC NOC belum menggunakan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

e. Pola nafas tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 2 (Ny. Ar) dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5, irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5, suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5, dengan intervensi 2.1 manajemen jalan nafas, 2.2 pemantauan respirasi, 2.3 pengaturan posisi, 2.4 Berikan O₂, 2.5 stabilisasi jalan nafas.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 2 intervensi yang digunakan masih berdasarkan NIC NOC belum menggunakan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

f. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 (Ny. P) dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler dengan tujuan 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 dengan intervensi Pemantauan Respirasi (I. 01014) Observasi 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, 2.2 Monitor pola napas (seperti bradipneu, takipneu, kussmaul, dll), 2.3 Monitor aliran O₂, Terapeutik 2.4 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, 2.5 Dokumentasikan hasil pemantauan, Edukasi 2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, 2.7 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu, Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 2.8 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), 2.9 Monitor adanya bunyi nafas 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.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 1 intervensi yang digunakan sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

g. Defisit perawatan diri

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 (Ny. P) dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dengan tujuan 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 dengan intervensi Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 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.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 1 intervensi yang digunakan sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

h. Risiko gangguan integritas kulit

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 (Ny. P) dengan masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan penurunan mobilitas dengan tujuan 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 dengan intervensi Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Terapeutik 5.2 Ubah posisi tiap 2 jam, 5.3 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, 5.4 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, Edukasi 5.5 Anjurkan menggunakan pelembab, Anjurkan minum air yang cukup, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Perawatan Tirah Baring (I.14572) Observasi 5.6 Monitor kondisi kulit, 5.7 Monitor komplikasi tirah baring, Terapeutik 5.8 Tempatkan pada kasus terapeutik, 5.9 Pertahankan kebersihan pasien, Edukasi 5.10 Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pada klien 1 intervensi yang digunakan sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik,

tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan 2 dilakukan diwaktu yang berbeda yaitu pada klien 1 dilakukan pada tanggal 02 April s/d 05 April 2019 dan klien 2 pada tanggal 06 Mei s/d 08 Mei 2019 di ruang perawatan Angsoka Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien.

Implementasi pada pasien 1 dilakukan oleh peneliti dari tanggal 02 April s/d 05 April 2019 yang dilakukan selama 4 hari perawatan. Pada hari pertama tindakan yang dilakukan adalah melakukan auskultasi suara nafas pasien, frekuensi napas dan kedalaman nafas, mengecek kesadaran pasien, melakukan identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien yaitu Ceftriaxone Sodium IV dan Ranitidine 2ml IV dan Micardis 80 mg oral, menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak, mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, menanyakan keluarga terkait pengetahuannya pada penyakit pasien, mengontrak keluarga untuk dilakukan edukasi kesehatan, melakukan pengukuran tanda vital.

Pada hari kedua mengecek kesadaran pasien, melihat keadekuatan aliran oksigen, membantu mengubah posisi pasien tiap dua jam, memonitor kondisi kulit pasien bagian belakang, menghitung risiko jatuh

dengan skala morse, melakukan identifikasi 6 benar sebelum pemberian obat, memberikan obat ke pasien Ranitidine 2 ml IV.

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

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

Sedangkan implementasi pada klien 2 dari tanggal 06 Mei s/d 08 Mei 2019 yang dilakukan selama 3 hari perawatan. Pada hari pertama tindakan yang dilakukan adalah memberitahu klien untuk berbicara perlahan, mengulangi apa yang disampaikan klien, mengatur posisi klien, membantu klien merubah posisinya, membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya, mengidentifikasi faktor risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memeriksa tingkat kesadaran, mengukur tekanan darah, dan suhu klien, menghitung nadi dan pernafasan, menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala

yang dirasakan, menanyakan kepada klien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya.

Pada hari kedua tindakan keperawatan yang dilakukan memberitahu klien untuk berbicara perlahan, mengulangi apa yang disampaikan klien, membantu memandikan klien, mengatur posisi klien, membantu klien merubah posisinya, memantau respirasi, mempertahankan O2, membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya, mengidentifikasi faktor risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memeriksa tingkat kesadaran, mengukur tekanan darah, dan suhu klien, menghitung nadi dan pernafasan, menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan.

Pada hari ketiga tindakan keperawatan yang dilakukan memberitahu klien untuk berbicara perlahan, Mengulangi apa yang disampaikan klien, membantu memandikan klien, mengatur posisi klien, Membantu klien merubah posisinya, memantau respirasi, mempertahankan O2, membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya, mengidentifikasi faktor risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memeriksa tingkat kesadaran, mengukur tekanan darah, dan suhu klien, menghitung nadi dan pernafasan, menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 4 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh peneliti pada pasien 1, dari 7 diagnosa keperawatan yang ditemukan hanya ada 2 masalah keperawatan yang teratasi yaitu masalah keperawatan risiko jatuh dan defisit pengetahuan. Pada masalah keperawatan risiko jatuh teratasi di tandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran (E3M3V3), terjadi peningkatan kekuatan otot 1/1/1/1, pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60, Lingkungan klien aman (pagar pengaman bed terpasang). Sedangkan pada masalah keperawatan defisit pengetahuan masalah teratasi di tandai dengan keluarga klien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot klien, keluarga klien bisa mengulang prosedur yang sudah diajarkan.

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh peneliti pada pasien 2, dari 5 diagnosa keperawatan tidak ada ditemukan masalah yang teratasi, namun ada 1 masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian di tandai

dengan klien mengatakan sesaknya berkurang klien terpasang O2 nasal
kanul 4 liter, RR : 24 x/mnt.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil mereview kasus asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragik yang dilakukan pada BAB IV yaitu hasil dan pembahasan dari Titania dan Dinda Rezky Amalia, maka kesimpulan dan saran adalah sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang ditemukan dari dua kasus yang sama yaitu pengkajian klien 1 pada tanggal 02 April 2019 dan pengkajian pada klien 2 pada tanggal 06 Mei 2019. Pada kasus ditemukan data adanya gejala yang sama pada klien 1 dan klien 2 yaitu mengalami kelemahan pada anggota gerak tubuh sebagian disertai bicaranya pelo.

2. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa para ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua klien dengan stroke non hemoragik. Kesenjangan tersebut yaitu dari delapan diagnosa keperawatan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh para ahli, pada klien 1 terdapat 3 diagnosa yang sama dengan teori yaitu diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik dan risiko jatuh. Sedangkan pada klien 2 terdapat 4 diagnosa yang muncul sesuai teori yaitu diagnosa risiko

perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan risiko jatuh.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua klien dengan stroke non hemoragik. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari klien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 selama 4 hari dan pada klien 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada klien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terdapat dua diagnosa keperawatan yang telah teratasi dengan baik sesuai rencana yaitu risiko jatuh dan defisit pengetahuan.

Sedangkan pada klien 2 hasil evaluasi didapatkan tidak ada masalah keperawatan yang teratasi, namun hanya ada satu masalah teratasi sebagian yaitu pola napas tidak efektif.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke Non hemoragik yang diberikan tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep medis tentang stroke itu sendiri.

Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komprehensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Peneliti juga harus teliti saat analisis data, dimana data subjektif dan objektif yang digunakan untuk penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan pengkajian awal.

Pada bagian penegakan diagnosa keperawatan, diharapkan peneliti lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan, diharapkan peneliti klien 1 dalam merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi. Pada bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

2. Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan agar klien dapat membangun tekad dan dapat lebih memotivasi diri untuk sehat, menyikapi kondisi sakit dengan optimis dan melakukan penatalaksanaan penyakit sesuai dengan saran dokter.

3. Bagi Keluarga Klien

Hasil penelitian ini diharapkan agar keluarga klien juga dapat berperan aktif dalam memberikan motivasi dan dukungan penuh terhadap kondisi psikologis klien, ikut menyertai klien dalam melakukan kontrol rutin, dan turut membantu klien dalam penatalaksanaan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, D. R. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Retrieved from [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/392/1/DINDA REZKY AMALIA KTI.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/392/1/DINDA%20REZKY%20AMALIA%20KTI.pdf)
- American Heart Assosiation (AHA). (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics 2015 Update*. American. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>.
- Ayuningputri, Novia dan Maulana, Herdian. (2013). *Persepsi Akan Tekanan Terhadap Kesejahteraan Psikologis Pada Pasangan Suami-Istri Dengan Stroke*. *Jurnal Penelitian dan Pengukuran Psikologi Vol.2 No.2 Oktober 2013*.
- Bararah, T dan Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakaray.
- Dourman, Karel. (2013). *Waspadai Stroke Usia Muda*. Jakarta: Cerdas Sehat.
- Esther (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta: EGC. Retrieved from <https://id.scribd.com/doc/69850518/ASKEP-SNH-Stroke-Non-Hemoragik>
- Greer DM, Yang J, Scripko PD, Sims JR, Cash S, Kilbride R, et al. (2012) *Clinical examination for outcome prediction in nontraumatic coma*. *Crit Care Med.*; 40: 1150-6. doi: 10.1097/ CCM.0b013e318237bafb.
- Hartikasari, A. (2015). *Stroke Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook.
- Indrawati Lili, Wening Sari, C. S. D. (2016). *Care Yourself Stroke (Indriani, ed.)*. Jakarta: Penebar Plus.
- Junaidi, Iskandar. (2012). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Kemenkes RI. (2017). *Pengertian Germas*. Retrieved from <https://dinkes.gorontaloprov.go.id/apa-itu-germas/>.
- Lemone, Priscilla., Burke, Karen. M., & Bauldoff, Gerene.(2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Lingga, Lanny. (2013). *All About Stroke Hidup Sebelum dan Pasca Stroke*. Jakarta: Kompas Gramedia.
- Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Trans Info

Media.

- Misbach, J. (2013). *Stroke : MAspek Diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Muttaqin, Arif. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nastiti, D. (2012). *Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit*.
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus(jilid 2.)*. Jogjakarta: Mediacion Publishing.
- Potter, Patricia, A. dan Perry, Anne, G. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (konsep, proses, dan praktik)*. Jakarta: EGC.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tujuan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Praditiya, Winda Ns. Arief Wahyudi Jadmiko, S. Kep., M. K. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Hemoragik*. Diploma thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Radaningtyas, D. A. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskular Accident Hemoragik*.
- Riskesdas, K. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Setyopranoto. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda NIC- NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persarafan*. Jakarta: CV.Sagung Seto.
- Titania. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di*

Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Retrieved from <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/302/1/Untitled.pdf>

WHO, (2012). WHO. *WHO STEPS Prevalensi Stroke: The WHO STEP Wise Approach to Stroke Surveillance*

Wijaya, & Putri. (2013). *Stroke Non Hemoragik*. Retrieved from http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/636/3/KTI_UPLOAD_BAB_II.pdf

Wilkinson. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Wilson & Price. (2016). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit :Egc; 1995.1119-22*. Dalam jurnal (Shafi'I, Sukiandra & Mukhyarjon, 2016). (4th ed.). Jakarta.

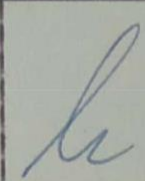
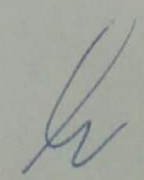
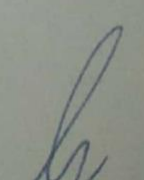
Yulianto, Achmad. (2011). *Mengapa Stroke Menyerang Usia Muda?* Jakarta: PT. Buku Kita.

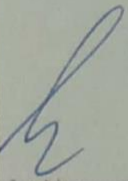
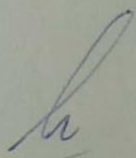
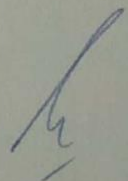


LAMPIRAN 1

LEMBAR KONSUL

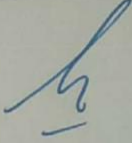
Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
 NIM : P07220117073
 Judul Asuhan : Asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Unit Stroke
 Nama Pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

| NO | HARI/TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|----------------------|-----------------------------|--|--|
| 1. | Minggu 12/01/2020 | Kata pengantar BAB I | Perbaiki <ul style="list-style-type: none"> - Point-point nya seperti kepada direktur, kepala Prodi, Penanggung jawab dan lain-lain - Penulisan diperhatikan dan gunakan bahasa baku - uraikan secara ringkas, jelas, dan point-pointnya saja. |  Sri Hazanah, S.ST.,SKM., M.P.H. |
| 2. | Minggu 19/01/2020 | Ganti judul BAB I | <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kalimat antara paragraf agar nyambung. - Enter kalimat yang dalam 1 paragraf kebanyakan. - BAB I ACC - Lanjut Bab II - Anatomi dimasukkan - Pathway dimasukkan |  Sri Hazanah, S.ST., SKM., M.P.H. |
| 3 | Minggu 26/01/2020 | BAB II | <ul style="list-style-type: none"> - Gambar anatomi dimasukkan - Pathway dipindah di bawah patofisiologi - kon sep Asuhan diperbaiki. - Lanjut BAB III |  Sri Hazanah, S.ST., SKM., M.P.H. |

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|----------------------|---|---|---|
| 4. | Sabtu 08/02/2020 | Bab I BAB II Daftar pustaka | - Acc Bab II - Perbaiki dikriteria inklusi dari 30-75 tahun menjadi $\leq 30 - \geq 65$ tahun. - Acc Bab III - Tambahkan judul daftar pustakanya. |  Sri Hazarah, S.P., SKM., M.P.H. |
| 5. | Kamis 10/02/2020 | - Kata pengantar - BAB I - BAB II - BAB III - Daftar pustaka. | - Acc - Dilengkapi lembar persetujuan Lemf → PPT → Persetujuan |  Sri Hazarah, S.P., SKM., M.P.H. |
| 6. | Minggu 23/02/2020 | - PPT - lembar persetujuan | Lanjutan Lembar Persetujuan Acc → Lembar Persetujuan |  |

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
 NIM : P07220117073
 Judul Asuhan : Asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Unit Stroke
 Nama Pembimbing : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|--------------------|---|---|---|
| | Sabtu 17/3 2020 | BAB I | UBM → Buat Cerita Kasus seperti: Parah tubalke - Kasus dunia. Faktor penyebab kas Solusinya (upaya). - Neg B. - Propis - Laku perlotin. Parah awal kata Suby itu tidak dibenarkan. Azc. |  |
| | 18/03/2020 | Bab II, III Difteri pustaka BAB I | - Perbaiki Alenia ke-4, posisinya diletakkan di Alenia ke-3 dan Alenia ke-3 yang semula dipindahkan ke Alenia 5. | |

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|----------------------------|--|-------------------|
| | 20/03/2020 | BAB I | <ul style="list-style-type: none"> - Alenia Perhatikan Tiap alenia kalimatnya paling banyak 8 baris, tidak boleh lebih. - kata sambung atau kalimat yg tidak berguna di bagian. - Buat kalimat eyd / spok. | |
| | 08/04/2020 | BAB I | Acc. silahkan dilanjutkan. | |

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
 NIM : P07220117073
 Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit"
 Nama Pembimbing I : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|---------------------------------|--|--|-------------------|
| 1. | Selasa / 28 April 2020 | Konsultasi mengenai Kasus yang diambil dengan intervensi berbeda | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Boleh saja diambil lanjut kerjakan Bab IV hasil dan Pembahasannya | |
| 2. | Jumat / 01 Mei 2020 | BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pengkajian diperjelas ➤ Data data pengkajian lebih diteliti dan diperhatikan ➤ Pengaetikan diperhatikan dan disusun yang rapi agar enak di baca ➤ Tolong dipembahasannya uraikan hasil intervensi dikaitkan dengan teori | |
| 3. | Kamis / 07 Mei 2020 12.00 | BAB IV | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lanjutkan BAB V <ul style="list-style-type: none"> - Kesimpulan dan saran - Menjawab tujuan khusus BAB I - Saran (Tanggapan/ Uneg-uneg/kritikan) kepada :klien/individu, keluarga/masyarakat dan petugas kesehatan | |
| 4. | Jumat / 08 Mei 2020 | BAB V | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kesimpulan jangan terlalu banyak uraiannya, cukup disingkat ambil intinya saja ➤ Tambahakan saran bagi klien dan keluarga ➤ Dilengkapi yang kurang jangan lupa dibuat lembar konsultasi untuk dilampirkan | |
| 5. | Sabtu / 09 Mei 2020 | Konsul kelengkapan berkas dan Abstrak | <ul style="list-style-type: none"> ACC lanjut untuk ujian -Buat PPT untuk ujian | |

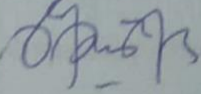
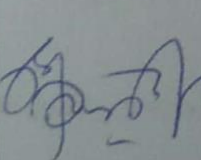
LEMBAR KONSULTASI KTI

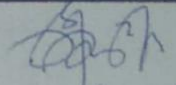
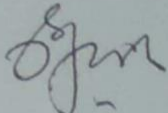
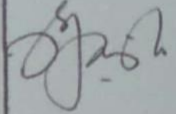
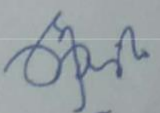
Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
NIM : P07220117073
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing I : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

| NO. | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|------------|--------------------------|---|---|---------------------------|
| 1. | Jumat / 22 Mei 2020 | BAB I - V : Hasil perbaikan setelah ujian akhir | <ul style="list-style-type: none">➤ Cek ulang redaksi dariawal hingga akhir➤ Perbaiki redaksi dari awal hingga akhir sesuai saran penguji➤ Perbaikannya dikonsulkan ke penguji lainnya. | |
| 2. | Selasa / 02 Juni 2020 | | ACC Karya Tulis Ilmiah | |

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
 NIM : P07220117073
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada klien dengan stroke Non Hemoragik.
 Ruang : Unit Stroke
 Nama Pembimbing : Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd.

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|---------------------|----------------------------|---|---|
| | Kamis 16/01/2020 | BAB 1 Latar Belakang | <ul style="list-style-type: none"> - Referensi 10 tahun terakhir - Munculnya Penyakit degeneratif jangan langsung ke penyakit stroke nya. - Penulisan menggunakan kata baku. - Dijelaskan PQRST - Data stroke lebih spesifik di penyakit nya SMH. |  Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd. |
| | Rabu 22/01/2020 | BAB 1 Latar Belakang | <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan kata lebih diperhatikan - Salah satu Penyakit diganti dengan kata Contoh Penyakit. - Dampak yang ditimbulkan akibat stroke dimasukkan. - Peran Perawat secara global, tidak perlu dijabarkan per point - Peran Perawat dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga dimasukkan. |  Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd. |

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|----------------------|---|--|---|
| | Jumat 29/01/2020 | BAB I | Lanjutan Bab II |  Ms. Asnah, S.Kep.Med |
| | Selasa 04/02/2020 | BAB II - konsep medis - konsep Asuhan | <ul style="list-style-type: none"> - konsep Asuhan diperbaiki. - pengkajian - Diagnosa dimasukkan kriteria mayor & minor - Intervensi - implementasi - Evaluasi. |  Ms. Asnah, S.Kep.Med |
| | Selasa 11/02/2020 | BAB II | <ul style="list-style-type: none"> - Bab II ACC - Lanjut Bab III - Siapkan kata pengantar - cek halaman |  Ms. Asnah, S.Kep.Med |
| | Kamis 20/02/2020 | BAB III | <ul style="list-style-type: none"> - jangan menyingkat kata, dijabarkan dulu. - dijabarkan dari pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi dan evaluasi - kata pendekatan diganti dengan teknik yang digunakan dalam pemeriksaan yaitu: - pemeriksaan diagnostik dijabarkan - Analisa data yg didapat dalam pengkajian di analisis menjadi data Fokus yg terdiri dari subyektif dan obyektif |  |

- Maksud / jabarkan dari kata triagulasi

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------|----------------------------|---------------------|---|
| | | | acc of proposal |  |

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
NIM : P07220117073
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing II : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

| NO. | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|------------|--------------------------|--|---|---------------------------|
| 1. | Rabu / 18 Maret 2020 | BAB I - III : Hasil perbaikan setelah ujian PROPOSAL | (feedback tgl 20 Maret 2020) <ul style="list-style-type: none">➤ Perbaikan sudah sesuai saran penguji➤ Kata proposal di ganti karya tulis ilmiah➤ ACC PROPOSAL silahkan lanjut | |

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
NIM : P07220117073
Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit"
Nama Pembimbing II : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|---------------------------|--|---|-------------------|
| 1. | Selasa / 28 April 2020 | Konsultasi mengenai Kasus yang diambil dengan intervensi berbeda | ➤ Boleh saja diambil lanjut kerjakan Bab IV hasil dan Pembahasannya | |
| 2 | Jumat / 01 Mei 2020 | BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | ➤ Pengkajian diperjelas ➤ Lanjutkan pembahasan perkasus kaitkan dengan teori. ➤ jangan lupa masukkan Url kasus yang di ambil | |
| 3. | Sabtu / 09 Mei 2020 | BAB IV BAB V | ➤ Perbaiki saran sesuaikan dengan literatur review ➤ Pada judul KTI ditambahkan literatur review ➤ Penyusunan KTI dari BAB I hingga BAB V ➤ dilengkapi yang kurang-kurang dan jangan lupa buat abstrak ➤ buat PPT untuk ujian | |
| 4. | Minggu / 10 Mei 2020 | Konsul kelengkapan berkas dan Abstrak | ACC lanjut untuk ujian | |

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Sulistiyawati
NIM : P07220117073
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing II : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

| NO. | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|------------|--------------------------|--|--|---------------------------|
| 1. | Jumat / 22 Mei 2020 | BAB I - V : Hasil perbaikan setelah ujian akhir | (feedback tgl 11 Juni 2020) <ul style="list-style-type: none">➤ Cek ulang redaksi dariawal hingga akhir➤ Perbaiki redaksi dari awal hingga akhir sesuai saran penguji➤ ACC Karya Tulis Ilmiah | |

PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan

- Alkohol ya Tidak Keterangan
- Merokok ya Tidak Keterangan
- Obat ya Tidak Keterangan
- Olahraga ya Tidak Keterangan

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum :

Posisi pasien :
Alat medis/ invasif yang terpasang :
Tanda klinis yang mencolok : () sianosis () perdarahan

- Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif :

- Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor Koma

Kuantitatif : GCS : E....M.....V.....

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

| Parameter yang dinilai | Nilai/Skor |
|---|----------------------------|
| 1. Membuka Mata/Eye (E) <ul style="list-style-type: none">Klien dapat membuka mata spontanKlien dapat membuka mata dengan perintahKlien dapat membuka mata dengan rangsang nyeriKlien tidak berespon | 4 3 2 1 |
| 2. Respon Motorik (M) <ul style="list-style-type: none">Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksiKlien hanya mampu melokalisir nyeriKlien hanya mampu menghindari sumber nyeriAdanya gerakan fleksi abnormal (dekortikasi)Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi)Klien tidak berespon | 6 5 4 3 2 1 |
| 3. Respon Verbal (V) <ul style="list-style-type: none">Klien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurnaKlien mengalami disorientasi, bingungKata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermaknaSuara tidak jelas/hanya mengeringKlien tidak berespon | 5 4 3 2 1 |

Masalah Keperawatan :

3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital

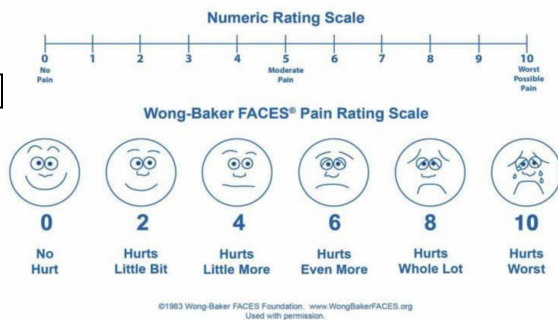
S : N : TD : RR :
Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik)

MAP : = mmHg

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri ya Tidak

- P : Provokatif dan palliatif:
- Q : Quality dan Quantitas:
- R : Regio :
- S : Severity:
- T : Time :



Masalah Keperawatan :

.....

.....

5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi *Barthel Indeks*

| No | Fungsi | Skor | Uraian | Nilai Skor |
|-------------------|--|------|--|------------|
| 1. | Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) | 0 | Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) | |
| | | 1 | Kadang-kadang tak terkendali | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 2. | Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) | 0 | Tak terkendali/pakai kateter | |
| | | 1 | Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam) | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 3. | Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) | 0 | Butuh pertolongan orang lain | |
| | | 1 | Mandiri | |
| 4. | Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) | 0 | Tergantung pertolongan orang lain | |
| | | 1 | Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 5. | Makan | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Perlu ditolong memotong makanan | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 6. | Berubah sikap dari berbaring ke duduk | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) | |
| | | 2 | Bantuan (2 orang) | |
| | | 3 | Mandiri | |
| 7. | Berpindah/berjalan | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Bisa (pindah) dengan kursi roda | |
| | | 2 | Berjalan dengan bantuan 1 orang | |
| | | 3 | Mandiri | |
| 8. | Memakai baju | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju) | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 9. | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Butuh pertolongan | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 10. | Mandi | 0 | Tergantung orang lain | |
| | | 1 | Mandiri | |
| Total skor | | | | |

Kategori tingkat ketergantungan pasien:

Keterangan:

- 20 = Mandiri
- 12 – 19 = Ketergantungan ringan
- 9 – 11 = Ketergantungan sedang
- 5 – 8 = Ketergantungan berat
- 0 – 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan :

.....

6. Pemeriksaan Kepala

Finger print di tengah frontal : () Terhidrasi () Dehidrasi
 Kulit kepala () Bersih () Luka

Rambut :

Penyebaran :

Warna :

Mudah patah :

 Bercabang :


 Cerah / kusam :

 Kelainan :

Mata:
 Sklera : () Putih () Ikterik
 Konjungtiva : () Merah muda () Anemia
 Palpebra : () Tidak ada edema () Edema
 Kornea : () Jernih () Keruh
 Reflek cahaya : () + () -
 TIO :

Pupil : () Isokor () anisokor () diameter
 Visus : OS OD
 Kelainan :

Hidung :
 Pernafasan Cuping hidung: () Ada () Tidak ada
 Posisi septum nasi: () Ditengah () Deviasi
 Lubang hidung:
 Ketajaman penciuman:
 Kelainan :

Rongga Mulut :
 Bibir : Warna
 Gigi geligi : 

Lidah : Warna
 Mukosa: () Lembab () Kering () Stomatitis
 Tonsil: Ukuran
 Uvula: Letak () Simetris Ditengah () Deviasi

Telinga:
 Daun/pina telinga :
 Kanalis telinga :
Membran Timpani *Cahaya politser*
 Ketajaman pendengaran :
 Tes weber : 256 Hz
 Tes Rinne : 512 Hz
 Tes Swabach : 512 Hz
 Telinga kiri telinga kanan

Kesimpulan
 Masalah Keperawatan :

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening : () Teraba () Tidak teraba
 Tiroid : () Teraba () Tidak teraba
 Posisi trakea : () Letak di tengah () Deviasi ke arah
 JVP :cmH₂O
 Masalah Keperawatan :

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan

a. Keluhan: Sesak nyeri waktu bernafas
 Batuk Produktif Tidak produktif
 Sekret: Konsistensi :

Warna: Bau :

- b. Inspeksi
- Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest
- Frekuensi:
- Irama nafas : teratur tidak teratur
- Pola pernafasan : Dispnoe Kusmaul Cheyne Stokes
 Bradipnae Takipnea Hyperventilasi
- Pernafasan cuping hidung : Ada Tidak
- Otot bantu pernafasan : Ada Tidak
- Usaha nafas : Posisi duduk menunduk
- Alat bantu nafas: Ya Tidak
- Jenis Flowlpm

- c. Palpasi
- Vocal premitus : anterior dada Posterior dada
- Ekspansi paru : anterior dada Posterior dada
- Kelainan
- Krepitasi Deviasi trakea Trakeostomy

- d. Perkusi : Sonor Redup Pekak Hipersonor/timpani

Batas Paru Hepar :

- e. Auskultasi:
- Suara Nafas : Vesikuler Bronko vesikuler Rales
 Ronki Wheezing Suara nafas tambahan lainnya:
- Suara Ucapan:

- f. Penggunaan WSD :
1. Jenis :
 2. Jumlah Cairan :
 3. Undulasi :
 4. Tekanan :

Masalah Keperawatan :

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

- a. Keluhan: Nyeri dada Ada Tidak
- P :
- Q :
- R :
- S :
- T :
- b. Inspeksi :
- CRT :detik
- Sianosis :
- Ujung jari: Jari tabuh
- c. Palpasi : ictus cordis
- Akral () hangat () panas () dingin () Kering () basah
- d. Perkusi:
- Batas Atas :
- Batas Bawah :
- Batas Kanan : Batas Kiri :
- e. Auskultasi :
- BJ II – Aorta :

BJ II – Pulmunal :
 BJ I – Trikuspidalis :
 BJ I – Mitral :
 Bunyi jantung tambahan :
 Kelainan :
 f. CVP :
 g. CTR :
 h. ECG & Interpretasinya :

 Lain-lain :
 Masalah Keperawatan :

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB

BB : TB : IMT : $\frac{\text{BB}}{(\text{TB m})^2} = \text{.....kg m}^2$ Kategori :

| <i>Parameter</i> | Skor |
|---|------|
| Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ? | |
| a. Tidak ada penurunan berat badan | 0 |
| b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar | 1 |
| c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut: | 2 |
| 1 – 5 kg | 1 |
| 6 – 10 kg | 2 |
| 11 – 15 kg | 3 |
| > 15 kg | 4 |
| Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan | |
| a. Ya | 1 |
| b. Tidak | 0 |
| Total Skor | |

Keterangan: Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2 , skrining ulang 7 hari.

BAB :x hari terakhir tanggal :
 Konsistensi : keras lunak cair lendir/darah
 Diet : padat lunak cair
 Jenis diet :
 Nafsu makan : baik menurun frekuensi :x/hari
 Porsi makan : habis tidak Keterangan lainnya:

Abdomen

Inspeksi :
 Bentuk :
 Bayangan vena :
 Benjolan / massa :

Luka operasi : ada tidak Tanggal operasi :
 Jenis operasi : Lokasi :
 Keadaan : Drain baik tidak
 Jumlah : Warna :
 Kondisi area sekitar insersi:

Auskultasi : Peristaltik :x/menit

Palpasi : tegang kembung ascites
Nyeri tekan : ya tidak Titik Mc Burney:
Massa :
Hepar :
Ginjal :

Perkusi:
Pemeriksaan ascites: undulasi: Sifting Dullnes:
Ginjal : nyeri ketuk ada tidak
Masalah Keperawatan :
.....

11. Sistem Persyarafan

a. Memori : Panjang Pendek
b. Perhatian : Dapat mengulang Tidak dapat mengulang
c. Bahasa : Baik Tidak (ket:)
d. Kognisi : Baik Tidak
e. Orientasi : Orang Tempat Waktu
f. Saraf sensori : Nyeri tusuk Suhu Sentuhan
Lainnya :

g. Saraf koordinasi (cerebral) : Ya Tidak

h. Refleks Fisiologis

| | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|--|
| Patella | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 = tidak ada reflek |
| Achilles | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 = hipoaktif |
| Bisep | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 = normal |
| Trisep | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 = hiperaktif |
| Brakioradialis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 = hiperaktif dengan klonus terus menerus |

i. Refleks patologis: babinsky brudzinsky kernig

j. Keluhan pusing : Ya Tidak

k. Istirahat tidur:jam/hari Gangguan tidur:

l. Pemeriksaan saraf kranial

N1 : Normal Tidak Ket:
N2 : Normal Tidak Ket:
N3 : Normal Tidak Ket:
N4 : Normal Tidak Ket:
N5 : Normal Tidak Ket:
N6 : Normal Tidak Ket:
N7 : Normal Tidak Ket:
N8 : Normal Tidak Ket:
N9 : Normal Tidak Ket:
N10 : Normal Tidak Ket:
N11 : Normal Tidak Ket:
N12 : Normal Tidak Ket:

Masalah Keperawatan :
.....

12. Sistem Perkemihan

a. Kebersihan : Bersih Kotor

b. Keluhan kencing: Nokturi Inkontinensia
 Gross hematuri Poliuria
 Disuria Oliguria
 Retensi Hesistensi
 Anuria

- c. Kemampuan berkemih
 Spontan Alat bantu, sebutkan:
 Jenis :
 Ukuran :
 Hari ke :

- d. Produksi urine :ml/hari Warna : Bau:
 e. Kandung kemis : Membesar ya tidak
 Nyeri tekan ya tidak

f. Balance cairan:

| Intake | | Output | |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| Minum peroral | :ml/hr | Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam) | :ml/hr |
| Cairan infus | :ml/hr | Drain | :ml/hr |
| Obat IV | :ml/hr | IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam) | :ml/hr |
| NGT | :ml/hr | Diare | :ml/hr |
| Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari) | :ml/hr | Muntah | :ml/hr |
| | | Perdarahan | :ml/hr |
| | | Feses (1x = 20 ml/hari) | :ml/hr |
| Total | :ml/hr | Total | :ml/hr |

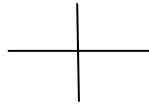
Balance cairan/hari perawatan:

.....

Masalah Keperawatan :

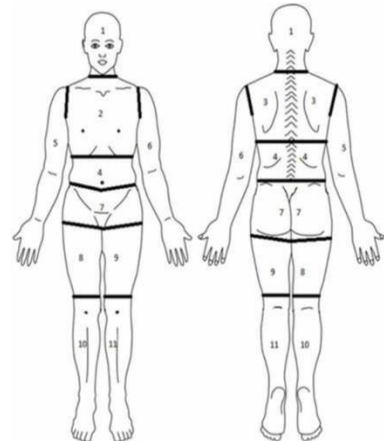
13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

- a. Pergerakan sendi: Bebas Terbatas
 b. Kekuatan otot:



- c. Kelainan ekstremitas: ya tidak
 d. Kelainan tulang belakang : ya tidak
 e. Fraktur : ya tidak

- f. Traksi / spalk / gips : ya tidak
 g. Kompartemen syndrome : ya tidak
 h. Kulit : ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi
 i. Turgor: baik kurang jelek
 j. Luka : Tidak ada
 Luas luka panjang cm Diametercm
 Derajat luka :
 Warna dasar luka merah kuning hitam
 Tipe eksudat/cairan luka :
 Goa : ada, ukuran
 Tepi luka :
 Jaringan granulasi :%
 Warna kulit sekitar luka :
 Edema sekitar luka :
 Tanda-tanda infeksi : Tidak Ya
 Lokasi: beri tanda X



k. Edema ekstremitas:

l. Pitting edema : +/- grade :

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

Ekstremitas bawah:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

Penilaian Edema:

+1 : kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik

+2 : kedalaman 3 – 5 mm, waktu kembali 5 detik

+3 : kedalaman 5 – 7 mm, waktu kembali 7 detik

+4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orther:

m. Ekskoriasis : ya tidak

n. Psoriasis : ya tidak

o. Urtikaria : ya tidak

p. Lain-lain:

Penilaian risiko decubitus:

| Aspek yang dinilai | KRITERIA YANG DINILAI | | | | NILAI |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Persepsi Sensori | Terbatas Sepenuhnya | Sangat Terbatas | Keterbatasan Ringan | Tidak Ada Gangguan | |
| Kelembaban | Terus Menerus Basah | Sangat Lembab | Kadang-kadang Basah | Jarang Basah | |
| Aktivitas | Bedfast | Chairfast | Kadang-kadang Jalan | Lebih Sering Jalan | |
| Mobilisasi | Immobile Sepenuhnya | Sangat Terbatas | Keterbatasan Ringan | Tidak Ada Keterbatasan | |
| Nutrisi | Sangat Buruk | Kemungkinan Tidak Adekuat | Adekuat | Sangat Baik | |
| Gesekan & Pergeseran | Bermasalah | Potensial Bermasalah | Tidak Menimbulkan Masalah | | |
| Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (<i>Pressure ulcers</i>) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk) | | | | TOTAL NILAI | |

Kategori pasien :

Masalah Keperawatan :

14. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tyroid: ya tidak

Pembesaran kelenjar getah bening: ya tidak

Pankreas: Trias DM: ya tidak

Hipoglikemia: ya tidak

Hiperglikemia: ya tidak

Nilai GDA:

Nilai GDA:

Kondisi kaki DM:

- Luka ganggren ya tidak

- Jenis luka :

- Lama luka :

- Warna :

- Luas luka :

- Kedalaman :

- Kulit Kaki :

- Kuku Kaki :

- Telapak Kaki :

- Jari Kaki :

- Infeksi : ya tidak

- Riwayat luka sebelumnya : ya tidak

Tahun :

Jenis luka :

Lokasi :

- Riwayat amputasi sebelumnya : ya tidak
 Jika Ya
 Tahun :
 Lokasi :
 Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

15. Seksualitas dan Reproduksi

- a. Payudara : benjolan : ada/tidak *
 Kehamilan : ya/tidak *
 HPHT
 b. Genetalia :
 Wanita : flour albus : ya/tidak *
 Prolaps uteri : ada/tidak *
 Pria : masalah prostat/kelainan: ada/tidak *

Masalah Keperawatan :

16. Keamanan Lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

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

- Kesimpulan : Kategori pasien :
 Risiko = ≥ 45
 Sedang = 25 – 44
 Rendah = 0 – 24

Masalah Keperawatan :

PENGAJIAN PSIKOSOSIAL

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya

- Cobaan Tuhan Hukuman Lainnya

b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

- Murung/diam Gelisah Tegang Marah/menangis

c. Reaksi saat interaksi

- Kooperatif Tidak kooperatif Curiga

d. Gangguan Konsep Diri

- ya Tidak

Masalah Keperawatan :

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

- a. Mandi :x/hari f. Ganti pakaian :x/hari
 b. Keramas :x/hari g. Sikat Gigi :x/hari
 c. Memotong kuku :
 d. Merokok: ya Tidak
 e. Alkohol: ya Tidak

Masalah Keperawatan :

PENGAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah

- a. Sebelum sakit: Sering Kadang-kadang Tidak pernah
b. Selama sakit: Sering Kadang-kadang Tidak pernah

PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)

| Tanggal | Jenis pemeriksaan | Hasil |
|---------|-------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

OBAT YANG DITERIMA

| Nama Obat | Dosis | Nama Obat | Dosis |
|-----------|-------|-----------|-------|
| 1. | | 6. | |
| 2. | | 7. | |
| 3. | | 8. | |
| 4. | | 9. | |
| 5. | | 10. | |

Balikpapan,2019
Perawat.

LAMPIRAN 3

DATA FOKUS

1. Data Subjektif :

2. Data Objektif

LAMPIRAN 4

ANALISA DATA

Nama : _____ Ruang : _____
 No.Reg : _____ Tanggal : _____

| No. | Data (DO & DS) | Etiologi | Masalah Kep |
|-----|----------------|----------|-------------|
| | | | |

Prioritas Masalah

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

LAMPIRAN 6**TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama :

Ruang :

No.Reg :

Tanggal :

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan | TTD |
|-----|------------------|----------------------|-------------------|-----|
| | | | | |

LAMPIRAN 7**EVALUASI**

Nama :

Ruang :

No.Reg :

Tanggal :

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Catatan Perkembangan (SOAP) | TTD |
|-----|------------------|-----------------------------|-----|
| | | | |

BAB IV**HASIL DAN PEMBAHASAN****4.1 Hasil****4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

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

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

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

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

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

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 15. | | | obat-obatan yaitu Captopril dan Amlodipine. |
| 16. | Riwayat Penyakit Keluarga | Di keluarga pasien ada yang memiliki riwayat penyakit Asma. | Di keluarga pasien tidak ada yang menderita suatu penyakit. |
| 17. | 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. | Keadaan 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. | 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 |
| 23. | 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 pada tiroid, posisi trakea terletak ditengah.</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung , posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak bisa mengkaji ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan pada hidung.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : 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> |
| 24. | 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,</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,</p> |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| | | <p>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>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> |
| 25. | 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 5) Tidak ada bunyi jantung tambahan <p>Tidak ada kelainan</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> <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 5)Tidak ada bunyi jantung tambahan <p>Tidak ada kelainan</p> |
| 26. | Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi | <p>a. BB : 65 Kg</p> <p>b. TB : 165 Cm</p> <p>c. IMT : 24 Kg m² (Ideal)</p> <p>d. BAB : 3 hari sekali dengan Konsistensi agak keras</p> <p>e. Diet : Jenis diet Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein (NTKTP) 2100 kalori dengan Frekuensi makan 3 kali sehari, Nafsu makan baik, Porsi makan selalu habis</p> <p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat</p> | <p>a. BB: 75 kg</p> <p>b. TB: 160 cm</p> <p>c. IMT: 29 Kg m² (Kelebihan Berat Badan)</p> <p>d. BAB : 1x/hari dengan Konsistensi Lunak</p> <p>e. Diet : Cair dengan Frekuensi 6 x 200 cc via NGT</p> <p>d. Abdomen:</p> <p>Inspeksi Bentuk abdomen bulat, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat</p> |

| | | | |
|-----|---------------------------|--|---|
| | | <p>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>Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</p> <p>Pada pemeriksaan status nutrisi, pasien mengalami penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebanyak 2 kg. Maka skor yang didapat pasien adalah 1 yang berarti memerlukan skrining ulang status nutrisi selama 7 hari.</p> | <p>adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain</p> <p>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> |
| 27. | Pemeriksaan Sistem Syaraf | <p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia)</p> <p>d. Kognisi : Baik</p> <p>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Refleks Fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Patella : 2 (Normal) 2) Achilles : 2 (Normal) 3) Bisep : 2 (Normal) 4) Trisep : 2 (Normal) 5) Brankioradialis : 2 (Normal) <p>g. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>h. Istirahat/ tidur: 5-6 jam/hari</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <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 e.</p> <p>Orientasi : Tidak dapat dikaji</p> <p>f. Refleks Fisiologis : Tidak dapat dikaji</p> <p>g. Keluhan pusing: Tidak bisa dikaji</p> <p>h. Istirahat/ tidur : Tidak bisa dikaji</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) N1 : Tidak dapat dikaji 2) N2 : Tidak dapat dikaji 3) N3 : Tidak dapat dikaji 4) N4 : Tidak dapat dikaji 5) N5 : Tidak dapat dikaji 6) N6 : Tidak dapat dikaji 7) N7 : Tidak dapat dikaji 8) N8 : Tidak dapat dikaji 9) N9 : Tidak dapat dikaji 10) N10 : Tidak dapat dikaji 11) N11 : Tidak dapat dikaji 12) N12 : Tidak dapat dikaji |

| | | | |
|-----|-------------------------------|---|---|
| | | <p>7) N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata</p> <p>8) N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik</p> <p>9) N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam</p> <p>10) N10 : Pasien mampu menelan</p> <p>11) N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</p> <p>12) N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah</p> | |
| 28. | Pemeriksaan Sistem Perkemihan | <p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Tidak ada keluhan kencing</p> <p>c. Kemampuan berkemih : Spontan</p> <p>d. Produksi urine : +/- 900 ml</p> <p>1) Warna : kuning pekat</p> <p>2) Bau : Khas urine</p> <p>e. Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p> | <p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Keluhan kencing tidak dapat dikaji</p> <p>c. Kemampuan berkemih: Menggunakan alat bantu</p> <p>1) Jenis : <i>Folley Chateter</i></p> <p>2) Ukuran : 16</p> <p>3) Hari ke - 5</p> <p>4) Produksi urine 1100ml/hari</p> <p>5) Warna : Kuning cerah</p> <p>6) Bau : Khas urine</p> |

Balance Cairan Pasien I

| 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 |

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

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

| No. | Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan | | |
|-----|-------------------|-------------------|------------|------------------------|
| | | Tgl 1/4/19 | Tgl 3/4/19 | Nilai Normal |
| 1. | Leukosit | 8.6 | 9.4 | 4.8-10.80 $10^3/\mu L$ |
| 2. | Eritrosit | 4.6 | 5.2 | 4.20-5.40 $10^6/\mu L$ |
| 3. | Hemoglobin | 14.2 | 16.8 | 12.0-16.0 g/dL |
| 4. | Hematokrit | 44.4 | 52.1 | 37.0-54 % |
| 5. | PLT | 338 | 420 | 150-450 $10^3/\mu L$ |
| 6. | Glukosa sewaktu | 102 | 111 | 70-140 mg/dL |
| 7. | Ureum | 22.4 | 30.1 | 19.3-49.2 mg/dL |
| 8. | Kreatinin | 0.6 | - | 0.5-1.1 mg/dL |
| 9. | Natrium | 138 | - | 135-155 mmol/L |
| 10. | Kalium | 3.2 | - | 3.6-5.5 mmol/L |
| 11. | Chloride | 99 | - | 98-108 mmol/L |
| 12. | pH | 7.35 | - | 7.35-7.45 |
| 13. | pCO 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 $10^6/\mu\text{L}$ |
| 2. | Eritrosit | 4.93 | 4.76 | 4.37 | 4.20-5.40 $10^6/\mu\text{L}$ |
| 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 $10^3/\mu\text{L}$ |
| 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 |
| Combivent | Combivent | Albuterol | 3x1 | Inhalasi |
| Nicardipine | Nicardipine | Ampul | (Syringe Pump) Kec:9,7 cc/jam h 50cc habis dalam 5 jam | IV |

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

| No. | Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
|-----|--|---------------------------|---|
| 1. | Data Subjektif: - Data Objektif: - | | (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2. | Data Subjektif: - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri - Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang Data Objektif: - Terjadi penurunan kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \overline{) 2} \\ 5 \overline{) 2} \end{array}$ - Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah | Gangguan neuromuskular | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik |
| 3. | 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. | Kelemahan | (D.0109) Defisit perawatan diri |
| 4. | Data Subjektif: - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot Data Objektif: - Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM | Kurang terpapar informasi | (D. 0111) Defisit pengetahuan |
| 5. | Data Subjektif: - Data Objektif: - | | (D. 0143) Risiko jatuh |

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

| No. | Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
|-----|--|---|---|
| 1. | Data Subjektif: - Data Objektif: - | | (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 $\begin{array}{ c c } \hline 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \\ \hline \end{array}$ -Rentang gerak menurun | Gangguan neuromuskular | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik |
| 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. | Data Subjektif: - Data Objektif: - | | (D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit |
| 6. | Data Subjektif: - Data Objektif: - | | (D. 0143) Risiko jatuh |
| 7. | 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 | Dibuktikan dengan keinginan keluarga pasien untuk mengelola masalah kesehatan | (D. 0112) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan |

2) Diagnosa Keperawatan

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

| No Urut | Pasien 1 | | Pasien 2 | |
|---------|-------------------------|---|-------------------------|--|
| | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) | Hari/ Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) |
| 1. | Selasa, 2 April 2019 | (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko emboli | Selasa, 2 April 2019 | (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko emboli |
| 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 $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah | Selasa, 2 April 2019 | (D.0001) Bersihkan 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 |
| 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. | Selasa, 2 April 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan terjadinya penurunan kekuatan otot $\begin{array}{r l} 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \end{array}$ Dan rentang gerak yang menurun. |

| | | | | |
|----|----------------------|---|----------------------|--|
| 4. | Selasa, 2 April 2019 | (D. 0111) Defisit pengetahuan terkait prosedur ROM 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 |
| 5. | Rabu, 3 April 2019 | (D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kekuatan otot menurun | Selasa, 2 April 2019 | (D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan penurunan mobilitas |
| 6. | - | - | Rabu, 3 April 2019 | (D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko penurunan tingkat kesadaran |
| 7. | - | - | Selasa, 2 April 2019 | (D. 0112) Kesiapan Manajemen Kesehatan Peningkatan 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 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 faktor risiko emboli | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan Kriteria hasil terjadinya peningkatan kesadaran, menurunnya sakit kepala, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik. | <p>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.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 | 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>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 nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2.9 Monitor adanya bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, wheezing, ronchi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.10 Posisikan pasien semifowler atau fowler</p> <p>2.11 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>2.12 Berikan oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>2.13 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>2.14 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.15 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------------|--|---|---|
| Selasa, 2 April 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, pasien penurunan kesadaran, Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas secara mandiri, harus dibantu oleh satu orang, Terjadi penurunan kekuatan otot, Rentang gerak menurun, dan Fisik terlihat lemah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun. | <p>Latihan Rentang Gerak (I.05177)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>Terapeutik</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>Edukasi</p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu</p> |
| 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. | <p>Dukungan Perawatan Diri (I. 11348)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>4.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4.4 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> |

| Hari/ Tanggal | Dx Kep | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------------|---|--|--|
| Selasa, 2 April 2019 | (D. 0111) 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 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 |
| Rabu, 3 April 2019 | (D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun; penurunan tingkat kesadaran | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasiljatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun. | Pencegahan Jatuh (I. 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 |

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

4) Pelaksanaan Keperawatan

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

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|---|--|--|
| Hari 1 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 $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ |
| Jam 12.35 | 3.3 Menanyakan pada pasien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak | Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat bergerak |
| Jam 12.45 | 3.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak | Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif |
| Jam 13.30 | 1.4 Menanyakan pada pasien apakah ada keluhan sakit kepala | Pasien mengatakan masih sering mengalami vertigo |
| Jam 13.35 | 4.1 Menanyakan pada pasien mengenai kemampuan untuk kebutuhan dasar mandi | Pasien mengatakan tidak bisa mandi dengan mandiri, memerlukan bantuan 1 orang |
| Jam 13.40 | 5.1 Menanyakan pada pasien tentang pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya | Pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakitnya dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan |
| Jam 13.50 | 5.3 Mengontrak pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan | Pasien mengatakan bersedia dan sangat senang untuk menerima informasi dari penkes yang akan dilakukan |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|---|---|---|
| Hari 2 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 | SPO2 : 100% | | | | |
| Jam 08.03 | 1.2 Melihat Pola nafas pasien | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea) | | | | |
| Jam 08.10 | 1.4 Mendengarkan suara nafas tambahan | Terdapat suara nafas tambahan yaitu ronkhi | | | | |
| Jam 08.20 | 2.1 Cek kesadaran pasien | Tingkat kesadaran pasien Koma (E2M3V2) | | | | |
| Jam 08.40 | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar | | | | |
| Jam 09.05 | 2.8 Memberikan obat ke pasien Ceftriaxone Sodium (1g) via IV. Dan ranitidine (2ml) via IV Dan Micardis 80mg (oral) | Pasien tidak ada ekspresi meringis | | | | |
| Jam 11.00 | 3.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot | Nilai kekuatan otot <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |
| Jam 11.10 | 3.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak | Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri pasien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif | | | | |
| Jam 11.15 | 7.2 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit | Skor pada analisa pengkajian risiko: 8 (Kategori tinggi decubitus) | | | | |
| Jam 11.20 | 5.1 Menanyakan pada keluarga pasien mengenai pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya | Keluarga pasien mengatakan belum paham betul tentang kemungkinan penyebab penyakit pasien dan bagaimana melatih ekstremitas nya agar tidak terjadi kekakuan | | | | |
| Jam 11.30 | 5.3 Mengontrak keluarga pasien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan | Keluarga pasien mengatakan bersedia dan sangat senang bisa mendapat informasi dari edukasi kesehatan yang akan dilakukan | | | | |
| Jam 12.00 | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien | TD: 150/110 mmHg , RR: 26x/menit 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 koma (E2M3V2) |
| Jam 14.10 | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | SPO2: 99% |
| Jam 14.13 | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan | Pasien terlihat nyaman |
| Jam 14.15 | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab |
| Jam 16.05 | 1.2 Melihat Pola nafas pasien | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 16.08 | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan | Pasien terlihat nyaman |
| Jam 16.10 | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab |
| Jam 16.45 | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien | TD: 140/90mmHg 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 dibagian punggung | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab |
| Jam 18.30 | 6.3 Menghitung resiko jatuh menggunakan skala morse | Berdasarkan skala morse, skor yang didapat pasien 60 atau dengan kategori sangat tinggi akan risiko jatuh |
| Jam 20.40 | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 20.50 | 2.8 Memberikan obat ke pasien Ranitidine (2ml) via IV dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, pasien tidak ada ekspresi. |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|--------------------------------|--|---|
| Hari 3 Tanggal 4 April 2019 | | |
| Jam 11.00 | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan | Pasien terlihat nyaman |
| Jam 11.08 | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung | Tidak ada kemerahan pada kulit |
| Jam 11.50 | 2.1 Cek kesadaran pasien | Tingkat kesadaran pasien koma (E2M3V2) |
| Jam 12.02 | 1.2 Melihat Pola nafas pasien | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 12.03 | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | SPO2 : 100% |
| 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 dibagian punggung | Tidak ada kemerahan pada kulit, kulit lembab |
| Jam 13.00 | 3.8 Menjelaskan pada keluarga tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif | Keluarga pasien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat |
| Jam 13.10 | 3.6 Mempraktekkan dan membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada pasien | Keluarga sangat kooperatif saat latihan |
| Jam 13.20 | 3.5 Menganjurkan pada keluarga untuk latihan secara perlahan agar pasien terhindar dari cedera | Keluarga sangat kooperatif dan mau menerima anjuran dari perawat |
| Jam 13.30 | 5.2 Memberikan keluarga media berupa leaflet untuk membantu keluarga jika lupa prosedur dari ROM | Keluarga pasien antusias diberikan leaflet materi latihan |
| Jam 13.35 | 5.4 Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya seputar latihan | Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes |
| Jam 13.40 | 3.9 Menganjurkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien secara sistematis dan berkelanjutan | Keluarga pasien mau menerima anjuran dari perawat |
| Jam 15.00 | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan | Pasien terlihat nyaman |
| Jam 15.05 | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung | Tidak ada kemerahan kulit |
| Jam 16.50 | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 17.02 | 2.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, tidak ada ekspresi pasien. |

| Waktu Pelaksanaan | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|---|--|---|
| Hari 4 Tanggal 5 April 2019 Jam 08.00 | 2.1 Cek kesadaran pasien | Tingkat kesadaran pasien koma dengan GCS E2M3V2 |
| Jam 08.10 | 1.2 Melihat Pola nafas pasien | Pola nafas pasien cepat dan dangkal (Takipnea) |
| Jam 08.15 | 1.3 Melihat keadekuatan aliran O2 | SPO2: 100% |
| Jam 08.30 | 2.7 Melakukan identifikasi 6 benar sebelum memberikan obat ke pasien | Nama pasien sesuai, obat, dosis, rute, waktu, dan dokumentasi benar |
| Jam 08.40 | 2.8 Memberikan obat Ceftriaxone sodium (1g) via IV, Ranitidine (2ml) via IV Dan Micardis 80 mg (p.o) ke pasien dan menjelaskan jenis obat dan alasan pemberian | Tidak ada pembengkakan pada area penusukan IV, tidak ada ekspresi pasien. |
| Jam 10.00 | 7.2 Mengubah posisi pasien ke sebelah kanan | Pasien terlihat nyaman |
| Jam 10.05 | 7.3 Melihat kondisi kulit dibagian punggung | Tidak ada kemerahan |
| Jam 12.30 | 3.6 Membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada pasien | Keluarga sangat antusias dan kooperatif |
| Jam 12.50 | 2.2 Mengukur Tekanan darah dan suhu, menghitung nadi dan pernafasan pasien | TD: 160/100 mmHg 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) | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| <p>Hari 1 Selasa, 2 April 2019</p> | <p>Dx. 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p> | <p>S: - O: -Tanda vital: 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> | | | | |
| | <p>Dx. 3 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</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> <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</p> | 5 | 2 | 5 | 2 |
| 5 | 2 | | | | | |
| 5 | 2 | | | | | |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|--|--|
| | | <p>3.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> |
| | <p>Dx 4 Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas dasar sehari-hari secara mandiri (memerlukan bantuan oleh 1 orang) <p>O:</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. <p>A: Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>Dx. 5 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 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien enggan untuk bergerak - Pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|--|--|
| | | 5.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya |
| Hari 2 Rabu, 3 April 2019 | Dx. 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: - O: TD: 150/100mmHg Suhu: 37°C N: 80x/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 |
| | Dx. 3 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 $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ - Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum 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 |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|--|---|
| | | 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 sesuai kesepakatan 5.4 Berikan kesempatan untuk bertanya |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---|--|---|
| | Dx. 6 Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | S:- O: - A: Masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi 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 | Dx. 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: - 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 |
| | Dx. 3 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 $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ - Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 3.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|---|--|
| | | 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. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111) | S: - Pasien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot O: - Pasien terlihat sering melatih tangan dan jari-jarinya secara mandiri A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan Intervensi |
| | Dx. 6 Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | S:- O: - A: Masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi 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 | Dx. 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: - 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 |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|---|--|
| | Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054) | <p>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 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \mid 2 \\ \hline 5 \mid 2 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak menurun - Fisik terlihat lemah <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 6 Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | <p>S:-</p> <p>O:</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 |

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. 2 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. 1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p> | <p>S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2) - Tanda vital: TD: 160/100 mmHg Suhu: 37.5°C N: 75x/menit 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> |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| | Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054) | <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak menurun <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |
| | Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111) | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM <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> | | | | |
| | Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d penurunan mobilitas (D.0139) | <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 | | | | |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|---|---|
| | | <p>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.2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> | <p>S:- O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 24x/menit <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.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p> | <p>S: - O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2) - Tanda vital: TD: 150/100mmHg Suhu: 37.5°C N: 80x/menit RR: 24x/menit <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> |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) | | | | |
|---------|---|--|---|---|---|---|
| | Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054) | <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak menurun <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.</p> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |
| | Dx. 5 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111) | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien banyak bertanya tentang stroke dan ROM <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> | | | | |
| | Dx. 6 Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143) | <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2) - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--|--|---|
| | | <p>- Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang)</p> <p>A: Masalah keperawatan Risiko jatuh tidak terjadi</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 d.d penurunan mobilitas (D.0139)</p> | <p>S : - 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 7.2 Ubah posisi tiap 2 jam 7.3 Monitor kondisi kulit 7.5 Pertahankan kebersihan pasien</p> |
| <p>Hari 3 Kamis, 4 April 2019</p> | <p>Dx.2 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> | <p>S:- O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mampu batuk - Sputum berlebih di jalan nafas - Suara nafas abnormal: ronkhi - RR: 26x/menit <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)</p> |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------|--|--|
| | | 1.3 Monitor aliran O2 1.5 Posisikan pasien semifowler atau fowler |
| | Dx.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017) | S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2) - 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. |
| | Dx. 3 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054) | S: - O: - Terjadi penurunan kekuatan otot $\begin{array}{ c c } \hline 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 \\ \hline \end{array}$ -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 sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot pasien |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| | | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien bisa mengulang prosedur yang sudah diajarkan <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p> | | | | |
| | <p>Dx. 6 Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p> | <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2) - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed 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</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |
| | <p>Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit d.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> | | | | |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|
| <p>Hari 4 Kamis, 5 April 2019</p> | <p>Dx.2 Bersihkan 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 Bersihkan 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.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko embolisme (D.0017)</p> | <p>S: - O: - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2M3V2) - Tanda vital: 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</p> <table border="1" data-bbox="1053 1870 1133 1937"> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>-Rentang gerak menurun</p> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |

| Hari Ke | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) | | | | |
|---------|---|--|---|---|---|---|
| | | <p>A: Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.</p> | | | | |
| | <p>Dx. 6 Risiko jatuh d.d faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)</p> | <p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran (E2M3V2) - Terjadi penurunan kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse, pasien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 - Lingkungan pasien aman (pagar pengaman bed terpasang) <p>A: Masalah keperawatan Risiko jatuh tidak terjadi</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> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | | | | | |
| 0 | 0 | | | | | |
| | <p>Dx. 7 Risiko Gangguan Integritas Kulit d.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> | | | | |

BAB IV 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 Angsoka 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) kelokasi 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 Angsoka yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi pasien dengan masalah sistem persyarafan yang diterima langsung setelah pasien datang dari IGD.

Bangunan pada ruang Angsoka terdiri dari 10 ruangan dengan kapasitas 44 tempat tidur, 1 kamar mandi disetiap kamar pasien, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang dokter, 1 ruang pertemuan atau mahasiswa, 2 ruang obat, 1 ruang mushollah, 1 ruang laken, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang tindakan, 1 ruang penitipan barang pasien, 1 ruang pantry.

4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4.1

Hasil anamnesis pada Pasien Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarida

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|--------------------|--|--|
| 1. | Nama Pasien | Ny. Ar | Ny. Ad |
| 2. | Umur | 63 tahun | 60 tahun |
| 3. | Suku/Bangsa | Dayak/Indonesia | Jawa/Indonesia |
| 4. | Agama | Islam | Islam |
| 5. | Pendidikan | SD | SD |
| 6. | Pekerjaan | Ibu Rumah Tangga | Ibu Rumah Tangga |
| 7. | Alamat | Jln. Kemangi | Jln. Karya |
| 8. | Diagnosa Medis | SNH | SNH |
| 9. | Sumber Informasi | Pasien dan keluarga | Langsung dari anak pasien |
| 10. | No. Register | 01.01.28.52 | 01.04.55.60 |
| 11. | Tanggal Pengkajian | 6 Mei 2019 | 7 Mei 2019 |
| 12. | Keluhan Utama | Kelemahan anggota gerak sebelah kiri | Kelemahan anggota gerak sebelah kiri |
| 13. | Riwayat Penyakit | Pada tanggal 02-05-2019 pasien masuk IGD Rumah | Pada tanggal 07-05-2019 pasien masuk IGD |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|---------------------------|--|---|
| | Sekarang | Sakit Samboja dan langsung dirujuk ke RSUD. AWS pasien masuk IGD dengan keluhan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kiri dan bibir pelo di IGD pasien diobservasi selama 4 jam, kemudian dari IGD pasien di masukkan ke ruang perawatan angsoka dengan keluhan yang sama. Pada tanggal 06-05-2019 saat di kaji keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan anggota tubuh sebelah kiri dan berbicara pelo. TD: 170/110mmHg, N: 100x/mnt, RR: 26x/mnt, T: 37°C, Spo2: 98% | RSUD. AWS dengan keluhan tidak sadarkan diri saat terjatuh dari kamar mandi, kemudian dari IGD pasien di masukkan ke ruang perawatan angsoka dengan keluhan yang sama. Pada tanggal 07-05-2019 pasien mengalami kelemahan pada anggota tubuh sebelah kiri. TD: 150/90mmHg, N: 88x/menit, RR: 25x/menit, T: 3°C, Spo2: 98% |
| 14. | Riwayat Penyakit Dahulu | Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Tahun 2017 di RSUD AWS. | Keluarga mengatakan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya |
| 15. | Riwayat Penyakit Keluarga | Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit jantung dan hipertensi | Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit hipertensi, DM dan tidak memiliki penyakit keturunan. |
| 17. | Keadaan Umum | Sedang | Sedang |
| 18. | Kesadaran | Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₃ | Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ |
| 19. | Tanda – Tanda Vital | TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 26 x/menit o Spo2: 98% TB : 150 cm BB : 55 kg | TD:150/90 mmHg N : 88 x/menit RR : 25 x/menit S : 36°C Spo2: 98% TB : 155 cm BB : 50 kg |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|--|---|---|
| 20. | Kenyamanan/ nyeri | Pasien tidak ada nyeri | Pasien tidak ada nyeri |
| 21. | Status Fungsional Barthel Indeks | Total skor 8 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat. | Total skor 7 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat. |
| 22. | Pemeriksaan Kepala | <p>Kepala : Bentuk kepala oval. Warna rambut hitam putih, warna kulit putih, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip dan tidak ada kelainan</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>Kepala : Bentuk kepala oval. Warna rambut hitam putih, warna kulit sawo matang, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p> |
| 23. | Pemeriksaan Thorax | <p>Keluhan : Pasien mengeluh keluhan sesak nafas.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur,</p> | <p>Keluhan : Pasien mengeluh keluhan sesak nafas.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 25 kali/menit, irama nafas</p> |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|---------------------|--|--|
| | | <p>pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru 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 dan tidak ada suara nafas tambahan</p> | <p>teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru 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 dan tidak ada suara nafas tambahan</p> |
| 23. | Pemeriksaan Jantung | <p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT < 2 detik - Tidak ada sianosis <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra | <p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT < 2 detik - Tidak ada sianosis <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|--|--|---|
| | | e. Auskultasi - BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Tunggal , reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan | e. Auskultasi - BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan |
| 24. | Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi | a. BB : 55 Kg b. TB : 150 Cm c. IMT : 24,4 d. Diet - Frekuensi makan 3 kali sehari - Porsi makan dihabiskan e. BAB - 1 kali sehari f. Abdomen Inspeksi - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain Auskultasi - Peristaltik 10 kali/menit | a. BB : 50 Kg b. TB : 150 Cm c. IMT : 22,2 d. Diet - Frekuensi makan 3 kali sehari - Porsi makan dihabiskan e. BAB - Belum ada BAB f. Abdomen Inspeksi - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain Auskultasi - Peristaltik 18 kali/menit |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|---------------------------|---|---|
| | | <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-) - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal | <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-) - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal |
| 25. | Pemeriksaan Sistem Syaraf | <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (Normal) - Achilles : 2 (Normal) - Bisep : 2 (Normal) - Trisep : 2 (Normal) - Brankioradialis : 2 (Normal) g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur 5 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) | <ul style="list-style-type: none"> a. Memori : Panjang b. Perhatian : Dapat mengulang c. Bahasa : Baik d. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu) e. Refleks Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (Normal) - Achilles : 2 (Normal) - Bisep : 2 (Normal) - Trisep : 2 (Normal) - Brankioradialis : 2 (Normal) f. Tidak ada keluhan pusing g. Istirahat/ tidur 6 jam/hari h. Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - N2 : Pasien mampu tidak mampu membaca dalam jarak 30 cm - N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) - N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah) - N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah) - N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping) - N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) - N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik) - N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) - N10 : Pasien susah menelan - N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) - N12 : Lidah pasien tidak simetris lebih condong kearah sebelah kiri | <ul style="list-style-type: none"> - N2 : Pasien tidak mampu membaca dalam jarak 30 cm) - N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) - N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah) - N5 : Tidak Normal (Pasien tidak mampu mengunyah) - N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping) - N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) - N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik) - N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) - N10 : Tidak Normal (Pasien tidak mampu menelan) - N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) - N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--------|--------|---------------|---------|---------|---------|--------------|---------|---------|---------|--------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|-------|--|---------|---------|--------|--|--------|---------|---------|---------|---------------|---------|---------|---------|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|
| | | | lidah keberbagai arah) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. | Pemeriksaan Sistem Perkemihan | a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu - Jenis : <i>Folley Chateter</i> - Ukuran : 16 - Hari ke – 4 - Produksi urine 2200ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih | a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu - Jenis : <i>Folley Chateter</i> - Ukuran : 16 - Hari ke – 1 - Produksi urine 2400ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. | Balance Cairan Pasien I | | Balance Cairan Pasien II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>6-5-19</th> <th>7-5-19</th> <th>8-5-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1100 ml</td> </tr> <tr> <td>Cairan Infus</td> <td>1850 ml</td> <td>1850 ml</td> <td>1850 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>361 ml</td> <td>361 ml</td> <td>361 ml</td> </tr> <tr> <td>Makanan</td> <td>119 ml</td> <td>119 ml</td> <td>119 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3530 ml</td> <td>3530 ml</td> <td>3430 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Intake | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | Minum peroral | 1200 ml | 1200 ml | 1100 ml | Cairan Infus | 1850 ml | 1850 ml | 1850 ml | Obat IV | 361 ml | 361 ml | 361 ml | Makanan | 119 ml | 119 ml | 119 ml | Total | 3530 ml | 3530 ml | 3430 ml | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>7-5-19</th> <th>8-5-19</th> <th>9-5-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> </tr> <tr> <td>Cairan Infus</td> <td>1850 ml</td> <td>1850 ml</td> <td>1850 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>361 ml</td> <td>361 ml</td> <td>361 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3000 ml</td> <td>3411 ml</td> <td>3411 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Intake | 7-5-19 | 8-5-19 | 9-5-19 | Minum peroral | 1200 ml | 1200 ml | 1200 ml | Cairan Infus | 1850 ml | 1850 ml | 1850 ml | Obat IV | 361 ml | 361 ml | 361 ml | Total | 3000 ml | 3411 ml | 3411 ml |
| Intake | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Minum peroral | 1200 ml | 1200 ml | 1100 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cairan Infus | 1850 ml | 1850 ml | 1850 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obat IV | 361 ml | 361 ml | 361 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Makanan | 119 ml | 119 ml | 119 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 3530 ml | 3530 ml | 3430 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intake | 7-5-19 | 8-5-19 | 9-5-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Minum peroral | 1200 ml | 1200 ml | 1200 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cairan Infus | 1850 ml | 1850 ml | 1850 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obat IV | 361 ml | 361 ml | 361 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 3000 ml | 3411 ml | 3411 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>6-5-19</th> <th>7-5-19</th> <th>8-5-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>2000 ml</td> <td>2100 ml</td> <td>1600 ml</td> </tr> <tr> <td>IWL</td> <td>975 ml</td> <td>975 ml</td> <td>975 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces (1x = 200 ml/hari)</td> <td>(-)</td> <td>200 ml</td> <td>(-)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2975 ml</td> <td>3275 ml</td> <td>2575 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Output | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | Urine | 2000 ml | 2100 ml | 1600 ml | IWL | 975 ml | 975 ml | 975 ml | Feces (1x = 200 ml/hari) | (-) | 200 ml | (-) | Total | 2975 ml | 3275 ml | 2575 ml | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>7-5-19</th> <th>8-5-19</th> <th>9-5-19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>2000 ml</td> <td>2100 ml</td> <td>1600 ml</td> </tr> <tr> <td>IWL</td> <td>975 ml</td> <td>975 ml</td> <td>975 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces (1x = 200 ml/hari)</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2975 ml</td> <td>3275 ml</td> <td>2575 ml</td> </tr> </tbody> </table> | Output | 7-5-19 | 8-5-19 | 9-5-19 | Urine | 2000 ml | 2100 ml | 1600 ml | IWL | 975 ml | 975 ml | 975 ml | Feces (1x = 200 ml/hari) | (-) | (-) | (-) | Total | 2975 ml | 3275 ml | 2575 ml | | | | |
| Output | 6-5-19 | 7-5-19 | 8-5-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine | 2000 ml | 2100 ml | 1600 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IWL | 975 ml | 975 ml | 975 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feces (1x = 200 ml/hari) | (-) | 200 ml | (-) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 2975 ml | 3275 ml | 2575 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Output | 7-5-19 | 8-5-19 | 9-5-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urine | 2000 ml | 2100 ml | 1600 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IWL | 975 ml | 975 ml | 975 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feces (1x = 200 ml/hari) | (-) | (-) | (-) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 2975 ml | 3275 ml | 2575 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|--|--|--|
| 28. | Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen | <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot dibagian kiri 3 kanan 5 c. Tidak ada kelainan tulang belakang d. Turgor kulit baik | <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot dibagian kiri 3 kanan 5 c. Tidak ada kelainan tulang belakang d. Turgor kulit baik |
| 29. | Pemeriksaan Sistem Endokrin | <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c. Tidak ada trias DM | <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c. Tidak ada trias DM |
| 30. | Keamanan Lingkungan | Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 60 pasien dalam kategori risiko | Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 80 pasien dalam kategori risiko |
| 31. | Pengkajian Psikososial | <ul style="list-style-type: none"> a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri | <ul style="list-style-type: none"> a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri |
| 32. | Pengkajian Spiritual | <p>Kebiasaan beribadah</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang | <p>Kebiasaan beribadah</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang |
| 33. | Personal Hygiene | <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi 1 kali sehari b. Keramas 3 hari sekali | <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi 1 kali sehari b. Belum ada keramas |

| No. | Identitas Pasien | Pasien I | Pasien II |
|-----|-----------------------|---|--|
| | | c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 2 hari sekali | c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 2 hari sekali |
| 34. | Pemeriksaan Penunjang | Tanggal 02 Mei 2019 Pemeriksaan Hematologi Leukosit : 11,00 (4,80-10,80) Hemoglobin : 10,7 (12,0-16,0) PLT : 237 (150-450) Neutrofil% : 71 (40-74) Glukosa sewaktu : 240 (70-140) | Tanggal 07 Mei 2019 Pemeriksaan Hematologi Leukosit : 6,56 (4,80-10,80) Hemoglobin : 10,3 (12,0-16,0) PLT : 324 (150-450) Neutrofil% : 63 (40-74) Glukosa sewaktu : 282 (70-140) |
| 35. | Terapi yang diterima | Amlodiphin | Amlodiphin |

4.1.2.2 Analisa Data

Tabel 4.2
Analisa Data pada pasien 1 dan pasien 2

| No | Pasien I | | Pasien II | |
|----|------------------------|---|------------------------|---|
| | Hari/Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan |
| 1. | Senin, 07 Mei 2019 | (D. 0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, yang ditandai dengan: Data Subjektif: - Data Objektif: 1. Kesadaran compos mentis GCS 15 2. E ₄ M ₆ V ₃ 3. TD: 170/110mmHg, N: 100 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 37°C | Senin, 8 Maret 2019 | (D. 0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, yang ditandai dengan: Data Subjektif : - Data Objektif : 1. Kesadaran compos mentis GCS 15 4. E ₄ M ₆ V ₅ TD: 150/90mmHg, N: 88x/menit, RR: 25x/menit, T: 36°C |
| 2. | Rabu, 07 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat penafasan, yang ditandai dengan : Data Subjektif : Pasien mengatakan sulit bernafas Data Objektif : 1. Pola nafas abnormal RR: 26 x/mnt 2. Pasien terlihat sesak 3. Pasien terpasang O ₂ nasal kanul 5l/m | Senin, 08 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat penafasan, yang ditandai dengan : Data Subjektif : Pasien mengatakan sulit bernafas Data Objektif : 1. Pola nafas abnormal RR: 25 x/mnt 2. Pasien terlihat sesak |
| 3. | Rabu, 08 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik | Senin, 08 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik |

| No | Pasien I | | Pasien II | |
|----|------------------------|--|------------------------|--|
| | Hari/Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan |
| | | berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang ditandai dengan : Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemah 2. Pasien mengatakan lemah untuk beraktifitas 3. Pasien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya Data Objektif : 1. Kekuatan otot pasien menurun $\begin{array}{r} 5 \quad \quad 3 \\ 5 \quad \quad 3 \end{array}$ 2. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Rentang gerak (ROM) menurun 4. Pasien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur 5. Pasien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLsnya | | berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang ditandai dengan : Data Subjektif : 4. Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemah 5. Pasien mengatakan lemah untuk beraktifitas 6. Pasien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya Data Objektif : 1. Kekuatan otot pasien menurun 2. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Rentang gerak (ROM) menurun 4. Pasien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur 5. Pasien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLsnya |

| No | Pasien I | | Pasien II | |
|----|------------------------|--|------------------------|--|
| | Hari/Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan |
| 4. | Senin, 06 Mei 2019 | D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neromuskular, yang ditandai dengan : Data Subjektif: Pasien mengatakan sulit berbicara Data Objektif: 1. Pasien sulit berbicara 2. Pasien terlihat kurang jelas saat berbicara 3. Pasien terlihat pelo | Selasa, 08 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang di tandai dengan: Data Subjektif : - Data Objektif : 1. Skala morse pasien kategori risiko tinggi 80 Kekuatan otot pasien menurun $\begin{array}{r} 5 \quad \quad 3 \\ \hline 5 \quad \quad 3 \end{array}$ |
| 5. | Senin, 06 Mei 2019 | ((D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang ditandai dengan : Data Subjektif : - Data Objektif : 1. Skala morse pasien kategori risiko tinggi 60 2. Pagar pengaman pasien selalu terpasang Kekuatan otot pasien menurun $\begin{array}{r} 5 \quad \quad 3 \\ \hline 5 \quad \quad 3 \end{array}$ | | |

4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian Ny. Ar ditemukan beberapa masalah keperawatan seperti :

- 1) (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
- 2) (D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan
- 3) (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- 4) (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular
- 5) (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Berdasarkan hasil pengkajian Ny. Ad ditemukan beberapa masalah keperawatan seperti :

- 1) (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
- 2) (D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan
- 3) (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- 4) (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

4.1.2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3
Intervensi Keperawatan Pada Pasien 1 Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

| No | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|------------------------|---|--|--|
| 1 | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 4 2. Tekanan intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan pada 4 | 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.3 Monitor adanya keluhan sakit kepala 1.4 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas) 1.5 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK 1.6 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial |

| No | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|------------------------|--|--|---|
| 2. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 2. Irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 3. Suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5 | <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Manajemen jalan nafas 2.2 Pemantauan respirasi 2.3 Pengaturan posisi 2.4 Berikan O2 2.5 Stabilisasi jalan nafas |

| No | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|------------------------|---|--|--|
| 3. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 | <p>3.1 Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <p>3.2 Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</p> <p>3.3 Bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan</p> <p>3.4 Ajarkan pasien dan keluarga tentang Teknik ambulasi</p> <p>3.5 Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p>3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</p> <p>3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |

| No | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|------------------------|--|---|---|
| 4. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0119) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan bahasa tertulis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 2. Menggunakan bahasa lisan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 3. Mengenali pesan yang diterima dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 | <p>4.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>4.2 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>4.3 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>4.5 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>4.6 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> |
| 5. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam | <p>5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>5.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya</p> |

| No | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|------------------------|----------------------|---|---|
| | | | <p>diharapkan resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan 4 ditingkatkan 5 2. Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 4. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 5. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 | <p>sekali setiap shift</p> <p>5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> |

Tabel 4.4
Intervensi Keperawatan Pada Pasien 2 Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

| No. | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|-----|------------------------|--|--|--|
| 1. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0077)Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 4 2. Tekanan intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan pada 4 | <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.3 Monitor adanya keluhan sakit kepala 1.4 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas) 1.5 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK 1.6 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial |
| 2. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d | Setelah dilakukan tindakan | 2.1 Manajemen jalan nafas |

| No. | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|-----|------------------------|---|---|--|
| | | penurunan energi | keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 2. Irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 3. Suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5 | 2.2 Pemantauan respirasi 2.3 Pengaturan posisi 2.4 Berikan O2 2.5 Stabilisasi jalan nafas |
| 3. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi | 3.1 Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan |

| No. | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|-----|------------------------|----------------------|--|---|
| | | | dengan kriteria hasil: 1. Gerakan sendi di pertahankan pada 4 di tingkatkan ke 5 2. Gerakan otot di perahankan pada 4 di tingkatkan ke 5 | 3.2 Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3.3 Bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan 3.4 Ajarkan pasien dan keluarga tentang Teknik ambulasi 3.5 Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai 3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan |

| No. | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|-----|------------------------|---|---|--|
| | | | | bantuan jika diperlukan |
| 4. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor faktor risiko di lingkungan di pertahankan 4 di tingkatkan 5 2. Memonitor faktor risiko individu di pertahankan pada 4 di tingkatkan pada 5 3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan di pertahankan pada 4 di tingkatkan ke 5 4. Gerakan sendi di pertahankan pada 4 di | <p>4.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>4.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift</p> <p>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4.5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.</p> |

| No. | Hari/Tanggal Ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------------|
| | | | tingkatkan ke 5 5. Gerakan otot di pertahankan pada 4 di tingkatkan ke 5 | |

4.1.2.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.5
Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---------------------|---|---|
| 1. | Senin , 06 Mei 2019 | 4.5 Memberitahu pasien untuk berbicara perlahan 4.4 Mengulangi apa yang disampaikan pasien 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 4.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 4.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.1 Memeriksa tingkat kesadaran 1.2 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | 4.5 Pasien berbicara perlahan 4.4 Perawat mengulang apa yang pasien katakan 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 3.6 Memberikan psaien makan 4.1 Lingkungan sekitar pasien aman 4.2 skala morse pasien adalah 80 kategori risiko tinggi 1.1 E ₄ M ₆ V ₃ compos mentis 1.2 TD: 170/110mmHg, N: 80 x/menit , RR: 26 x/menit, S: 37°C 1.3 Pasien mengatakan kepalanya sedikit pusing 1.4 Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi |

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---------------------|--|--|
| | | 1.4 Menanyakan kepada pasien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya | |
| 2. | Selasa, 08 Mei 2019 | 4.5 Memberitahu pasien untuk berbicara perlahan 4.4 Mengulangi apa yang disampaikan pasien 3.6 Membantu memandikan pasien 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Mempertahankan O2 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 4.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 4.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.5 Memeriksa tingkat kesadaran 1.6 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit | 4.5 Pasien berbicara perlahan 4.4 Perawat mengulang apa yang pasien katakan 3.6 Pasien terlihat lebih bersih 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 2.2 Pernapasan pasien teratur 2.4 Pasien terpasang oksigen nasal 5l/m 3.6 Memberikan pasien makan 4.1 Lingkungan sekitar pasien aman 4.2 skala morse pasien adalah 80 kategori risiko tinggi 1.3 Compos mentis 1.4 TD: 180/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 25 x/menit, S: 37,5°C 1.3 Pasien mengatakan ada keluhan pusing |

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|------------------|--|--|
| | | kepala yang dirasakan | |
| 3. | Rabu, 8 Mei 2019 | 4.5 Memberitahu pasien untuk berbicara perlahan 4.4 Mengulangi apa yang disampaikan pasien 3.6 Membantu memandikan pasien 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Mempertahankan O2 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 4.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 4.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | 4.5 Pasien berbicara perlahan 4.4 Perawat mengulang apa yang pasien katakan 3.6 Pasien terlihat lebih bersih 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 2.2 Pernapasan pasien teratur 2.4 Pasien terpasang oksigen nasal 4 l 3.6 Memberikan pasien makan 4.1 Lingkungan sekitar pasien aman 4.2 Skala morse pasien adalah 80 kategori risiko tinggi 1.2 Compos Mentis 1.1 TD: 150/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37,1°C 1.3 Pasien mengatakan tidak ada keluhan pusing |

Tabel 4.6
Implementasi keperawatan pada pasien 2

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|--------------------|---|---|
| 1. | Selasa, 7 Mei 2019 | 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Memberikan O2 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 2.2 Pernapasan pasien teratur 2.4 Pasien terpasang oksigen nasal 5l/m 3.6 Memberikan pasien makan 5.1 Lingkungan sekitar pasien aman 5.2 Skala morse pasien adalah kategori risiko 1.2 Compos Mentis 1.1 TD: 180/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37°C 1.3 Pasien mengatakan pusing |

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|------------------|---|--|
| 2. | Rabu, 8 Mei 2019 | 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Memberikan O2 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 2.2 Pernapasan pasien teratur 2.4 Pasien terpasang oksigen nasal 5 l 3.6 Memberikan pasien makan 5.1 Lingkungan sekitar pasien aman 5.2 Skala morse pasien adalah 60 kategori risiko tinggi 1.2 Compos Mentis 1.1 TD: 120/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37°C 1.3 Pasien mengatakan pusing |

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---------------------|---|--|
| 3. | Kamis, 9 Mei 2019 | 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi 2.4 Memberikan O2 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 2.2 Pernapasan pasien teratur 2.4 Pasien terpasang oksigen nasal 5 l 3.6 Memberikan pasien makan 5.1 Lingkungan sekitar pasien aman 5.2 Skala morse pasien adalah 60 kategori risiko tinggi 1.2 Compos Mentis 1.1 TD: 140/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37°C 1.3 Pasien mengatakan pusing |
| 4. | Jum'at, 10 Mei 2019 | 2.3 Mengatur posisi pasien 3.7 Membantu pasien merubah posisinya 2.2 Memantau respirasi | 2.3 Pasien merasa lebih nyaman 3.7 Posisi pasien semi fowler 2.2 Pernapasan pasien teratur |

| No. | Hari/Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|------------------|--|--|
| | | 2.4 Memberikan O2 3.6 Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya 5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 1.2 Memeriksa tingkat kesadaran 1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan 1.3 Menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan | 2.4 Pasien terpasang oksigen nasal 5 l 3.6 Memberikan pasien makan 5.1 Lingkungan sekitar pasien aman 5.2 Skala morse pasien adalah 60 kategori risiko tinggi 1.2 Compos Mentis 1.1 TD: 140/80mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37°C 1.3 Pasien mengatakan pusing |

4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7
Evaluasi Pada Pasien 1 Stroke Non Hemoragik

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|--------------------|--|--|
| | Senin , 6 Mei 2019 | <p>(D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi</p> <p>(D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi</p> | <p>S : - O : - TD: 200/110mmHg - N: 80 x/menit - RR: 25 x/menit - S: 37,5°C - Compos Mentis E₄M₆V₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran</p> <p>S : Pasien mengatakan masih sesak nafas O : - Pasien terpasang O₂ nasal kanul 4 liter - RR : 25 x/mnt A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.1 Pengaturan posisi</p> |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|-------------------|--|--|
| | | | 2.2 Berikan O2 |
| 3. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik | <p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien hanya berbaring ditempat tidur <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</p> <p>3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |
| 4. | Senin, 6 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman pasien selalu terpasang <p>A : Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|--------------------|---|---|
| | | | 4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya |
| 5. | Selasa, 8 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | S : - O : - TD:170/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 25 x/menit, S: 37,5°C - Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran |
| 6. | Selasa, 8 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi | S : Pasien mengatakan masih sesak nafas O : - Pasien terpasang O ₂ nasal kanul 4 liter - RR : 25 x/mnt A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O ₂ |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|--------------------|---|--|
| 7. | | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal | <p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien hanya berbaring ditempat tidur <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</p> <p>3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |
| 8. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman pasien selalu terpasang <p>A : Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|------------------|---|--|
| 9. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | S : - O : - TD: 120/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37°C - Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.3 Monitor tanda-tanda vital |
| 10. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi | S : Pasien mengatakan sesaknya berkurang O : - Pasien terpasang O ₂ nasal kanul 4 liter - RR : 24 x/mnt A : Masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O ₂ |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|------------------|---|--|
| 11. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal | <p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien hanya berbaring ditempat tidur <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</p> <p>3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |
| 12. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman pasien selalu terpasang <p>A : Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> |

Tabel 4.7

Evaluasi Pada Pasien 2 Stroke Non Hemoragik

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|---------------------|---|---|
| 1. | Selasa , 7 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | S : - O : - TD: 200/110mmHg - N: 80 x/menit - RR: 25 x/menit - S: 37,5°C - Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.4 Monitor tingkat kesadaran |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|--------------------|--|---|
| 2. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi | <p>S : Pasien mengatakan masih sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter - RR : 25 x/mnt <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O2 |
| 3. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik | <p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien hanya berbaring ditempat tidur <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai 3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|--------------------|---|---|
| 4. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral | <p>S : Pasien mengatakan sulit berbicara</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sulit berbicara - Pasien terlihat kurang jelas saat berbicara - Pasien terlihat pelo - Pasien sulit mengungkapkan kata-kata <p>A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>4.5 Anjurkan berbicara perlahan</p> |
| 5. | Selasa, 7 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman pasien selalu terpasang <p>A : Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|--------------------|---|---|
| 6. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | S : - O : - TD:170/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 25 x/menit, S: 37,5°C - Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.4 Monitor tanda-tanda vital 1.5 Monitor tingkat kesadaran |
| 7. | Selasa, 8 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi | S : Pasien mengatakan masih sesak nafas O : - Pasien terpasang O ₂ nasal kanul 4 liter - RR : 25 x/mnt A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O ₂ |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|------------------|---|--|
| 8. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal | <p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien hanya berbaring ditempat tidur <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</p> <p>3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> |
| 9. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral | <p>S : Pasien mengatakan sulit berbicara</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sulit berbicara - Pasien terlihat kurang jelas saat berbicara - Pasien terlihat pelo - Pasien sulit mengungkapkan kata-kata <p>A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>4.5 Anjurkan berbicara perlahan</p> |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|-------------------|---|---|
| 10. | Rabu, 8 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh | S : - O : - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman pasien selalu terpasang A : Masalah risiko jatuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya |
| 11. | Kamis, 9 Mei 2019 | (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi | S : - O : - TD: 120/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37°C - Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.6 Monitor tanda-tanda vital |
| 12. | Kamis, 9 Mei 2019 | (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d penurunan energi | S : Pasien mengatakan sesaknya berkurang O : - Pasien terpasang O ₂ nasal kanul 4 liter - RR : 24 x/mnt A : Masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|-------------------|---|--|
| | | | P : Lanjutkan intervensi 2.1 Pengaturan posisi 2.2 Berikan O2 |
| 13. | Kamis, 9 Mei 2019 | (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal | S : Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan O : - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien hanya berbaring ditempat tidur A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai 3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |
| 14. | Kamis, 9 Mei 2019 | (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral | S : Pasien mengatakan sulit berbicara O : - Pasien sulit berbicara - Pasien terlihat kurang jelas saat berbicara - Pasien terlihat pelo - Pasien sulit mengungkapkan kata-kata A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien |

| No. | Hari/Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-----|-------------------|--|---|
| | | | 4.5 Anjurkan berbicara perlahan |
| 15. | Kamis, 9 Mei 2019 | (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan | S : - O : - Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman pasien selalu terpasang A : Masalah risiko jatuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya |

UJIAN SIDANG HASIL

The screenshot displays a Zoom meeting interface with the following elements:

- Top Bar:** A green lock icon on the left and a "Speaker View" button with a grid icon on the right.
- Participant Grid:**
 - Top Left:** A large video tile for a participant named "ASNAH" wearing a black hijab.
 - Top Right:** A dark grey tile with a white silhouette icon and the name "POLTEKKES KALIMANTAN TIMU..." below it.
 - Middle Left:** A video tile for "Laptop" showing a participant in a purple hijab with hands raised.
 - Middle Right:** A video tile for "Sulistiyawati" showing a participant in a white hijab and yellow top.
 - Bottom Center:** A video tile for "sri hazanah" showing a participant in a white hijab and glasses with hands near her face.
- Bottom Bar:** A control bar with icons for "Unmute", "Start Video", "Invite", "Participants" (with a "5" indicator), "Share", "Record", and a red "Leave Meeting" button.