

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



**Oleh:**

**Dinda Rizky Amelia**  
**P07220116047**

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

**2019**

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

Oleh

Pembimbing



**Arsyawina, SST., M.Kes**  
**NIDN: 4013018701**

Pembimbing Pendamping



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

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



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

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

Telah Diuji  
Pada Tanggal 25 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

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

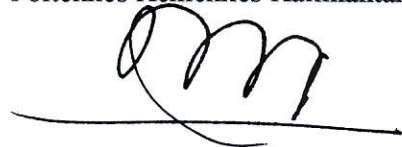
Penguji Anggota:

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

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

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



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

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Dinda Rizky Amelia
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 06 Juni 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. No. Hp : 0821 5392 1186
7. Alamat : Jl. PM. Noor Perum. Griya Mukti Sejahtra  
Blok. V-9 RT. 006

### B. Riwayat Pendidikan

1. TK. Aba 2 tahun 2003 - 2004
2. SDN 006 Samarinda tahun 2004 – 2010
3. SMP 11 Samarinda tahun 2010 – 2013
4. SMAN 16 Samarinda tahun 2013 – 2016
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2016 –  
sampai sekarang.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan.
4. Arsyawina, SST.,M.Kes dan Ns. Rizky Setiadi, S.Kep.,MKM selaku pembimbing yang telah dengan setia memberikan masukan dan arahan yang tulus sehingga saya termotivasi untuk menjadi lebih baik dengan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.
5. Para dosen dan seluruh staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
6. Kepada kedua orang tua saya yaitu, Ayahanda saya Syahrani, S.Pd, MM dan Ibunda saya Norsiah, S.Pd, M.Si dan saudara saya Madinatul Munawarah, SE dan M. Taufiq Fatkhur Rachman, S.Tr.T, serta keponakan saya tercinta Audrey

Nathania Aldina Muhammad di rumah atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Teman-teman saya yang seperti saudara saya yang selalu memberi saya semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini serta teman – teman angkatan 16 Samarinda.
8. Semua pihak yang telah menolong saya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, Mei 2019

Penulis,

Dinda Rizky Amelia

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2019

**Pendahuluan:** Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan mengambil satu kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda. 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 Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

**Hasil dan Pembahasan:** Berdasarkan analisa data diperoleh diagnosa keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, pola nafas tidak efektif, hambatan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan risiko jatuh, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, pada pasien pertama ditemukan lima diagnosa keperawatan yang muncul dan dua teratasi dan tiga tidak teratasi. Pada pasien kedua ditemukan empat diagnosa keperawatan yang muncul dua teratasi pada dan dua tidak teratasi .

**Kesimpulan dan Saran:** Dapat disimpulkan bahwa setiap pasien dengan Stroke Non Hemoragik memiliki respon yang berbeda terhadap masalah. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan dan kemampuan pasien dalam menghadapi suatu masalah. Sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien dan meningkatkan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien Stroke Non Hemoragik.

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

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Daftar Riwayat Hidup .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Skema.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1. Bagi Peneliti.....	5
1.4.2. Bagi Tempat Penelitian.....	5
1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	5
 <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar .....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Klasifikasi .....	7
2.1.3 Etiologi.....	7
2.1.4 Patofisiologi & Pathway .....	10



2.1.5 Tanda dan Gejala .....	11
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	11
2.1.7 Komplikasi .....	12
2.1.8 Penatalaksanaan .....	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	15
2.2.1 Pengkajian .....	15
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	20
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	26
2.2.5 Evaluasi.....	26
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Pendekatan/Desain Penelitian .....	28
3.2 Subyek Penelitian.....	28
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	28
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	29
3.5 Prosedur Penelitian.....	29
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data.....	30
3.6.1. Teknik Pengumpulan Data.....	30
3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data.....	30
3.7 Keabsahan Data.....	30
3.8 Analisis Data .....	31
<b>BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	32
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	32
4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus.....	33
4.1.2.1 Pengkajian.....	33
4.1.2.2 Analisa Data .....	43
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	46
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan.....	47

4.1.2.5 Implementasi Keperawatan.....	57
4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	66
4.2 Pembahasan.....	80

## **BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	86
5.2 Saran.....	89

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 2.1 : Perencanaan Keperawatan	21
Tabel 4.1 : Pengkajian	33
Tabel 4.2 : Analisa Data	43
Tabel 4.3 : Intervensi Keperawatan Pada Pasien 1	47
Tabel 4.4 : Intervensi Keperawatan Pada Pasien 2	51
Tabel 4.5 : Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1	57
Tabel 4.6 : Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2	61
Tabel 4.7 : Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1	66
Tabel 4.8 : Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2	72

## DAFTAR SKEMA

Tabel

Halaman

Skema 2.1 : Pathway Stroke Non Hemoragik

10



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan menjadi responden

Lampiran 2 Inform Consent

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan

Lampiran 4 NIHSS



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan manusia yang sangat utama, oleh karena itu setiap manusia berhak memiliki kesehatan. Namun pada kenyataannya tidak semua orang memiliki derajat kesehatan yang optimal dikarenakan berbagai masalah, misalnya dari lingkungan yang tidak baik, sosial ekonomi yang rendah, serta pola hidup yang kurang sehat dimulai dari makanan, kebiasaan maupun lingkungan sekitarnya. Hal ini merupakan salah satu pemicu berbagai macam penyakit, salah satunya yaitu stroke (Misbach, 2011).

Pada umumnya angka kejadian pasien stroke pada laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Stroke terjadi tanpa adanya gejala-gejala prodroma atau gejala dini, dan muncul begitu mendadak. Stroke adalah penyebab kematian dan kecacatan yang utama di seluruh dunia. Kecacatan akibat stroke tidak hanya berdampak bagi penyandanginya, namun juga bagi keluarganya (Pinzon, 2009).

Banyaknya jumlah penderita yang terus meningkat, seseorang yang menderita stroke paling banyak disebabkan oleh karena individu yang memiliki perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan tinggi lemak, tinggi kolestrol, kurang aktivitas fisik dan kurang olahraga juga dapat memicu terjadinya stroke.

Prevalensi angka kejadian stroke cukup tinggi mulai dari luar sampai dalam negeri. Menurut Organisasi kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2012, kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu,

diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Menurut American Stroke Association (2012), kematian akibat stroke pada tahun 2011 berdasarkan jenis kelamin, laki-laki 55,3% perempuan 14,0%. American Heart Association (AHA) menyebutkan bahwa setiap 45 menit ada satu orang di Amerika yang terkena serangan stroke.

Di Indonesia, jumlah penderita stroke terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia dan ke empat di dunia, setelah India, Cina, dan Amerika. Berdasarkan data terbaru dari hasil Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi stroke di Indonesia sendiri menunjukkan bahwa jumlah penderita stroke terus meningkat seiring bertambahnya usia. Berdasarkan kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan yaitu 75 tahun ke atas (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,6%. (Kemenkes RI, 2018)

Menurut Rikesdas tahun 2018, dalam laporannya mendapatkan bahwa prevalensi stroke mencapai 8,3 per 1000 penduduk di Indonesia, 60,7 persennya disebabkan oleh stroke non hemoragik. Stroke merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, dengan proporsi 15,4%. Setiap 7 orang yang meninggal di Indonesia, diantaranya karena stroke. Kejadian stroke di Indonesia adalah di wilayah Kalimantan Timur yaitu mencapai 14,7 per mil dan terendah di wilayah Papua yaitu 4,1 per mil.

Menurut Kementerian Kesehatan RI prevalensi stroke di Kaltim meningkat dari tahun ke tahun. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas, 2018) pada tahun 2013, 12,1 per mil menjadi 14,7 per mil pada tahun 2018, dan berdasarkan data dari RSUD

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda penderita stroke pada tahun 2017 sebanyak 1.147 pasien.

Penderita stroke tidak dapat disembuhkan secara total, salah satu kasus kegawatan yang apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan gangguan pada fungsi gerakan, berpikir, bicara serta memori. Yakni akibat pecahnya pembuluh darah cerebral, suplai darah keotak akan berhenti sehingga otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa yang pada akhirnya menyebabkan iskemik atau bahkan neuropaty (Ginsberg, 2008).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Arwinda Setya Murti (2014), untuk mengatasi hal tersebut diperlukan penanganan yang komprehensif demi mencegah terjadinya tahap penyakit yang lebih lanjut atau bahkan kematian. Disini diperlukan peran perawat sebagai pelayanan dan juga pendidik yang mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke melalui pendekatan proses keperawatan yang benar.

Selain itu peran perawat juga mengidentifikasi kebutuhan akan perencanaan pada pasien yang akan pulang sesuai dengan kebutuhan keluarga, dan memberikan informasi yang dibutuhkan, serta mendorong keluarga untuk lebih efektif dalam melaksanakan perannya (Smeltzer & Bare, 2002).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.



## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah pada studi kasus ini yaitu bagaimana asuhan keperawatan pada pasien stroke di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus.

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk memperoleh gambaran dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Mengkaji pasien stroke di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pasien stroke di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pasien stroke di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 4) Melaksanakan intervensi keperawatan pasien stroke di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- 5) Mengevaluasi pasien stroke di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Bagi Peneliti**

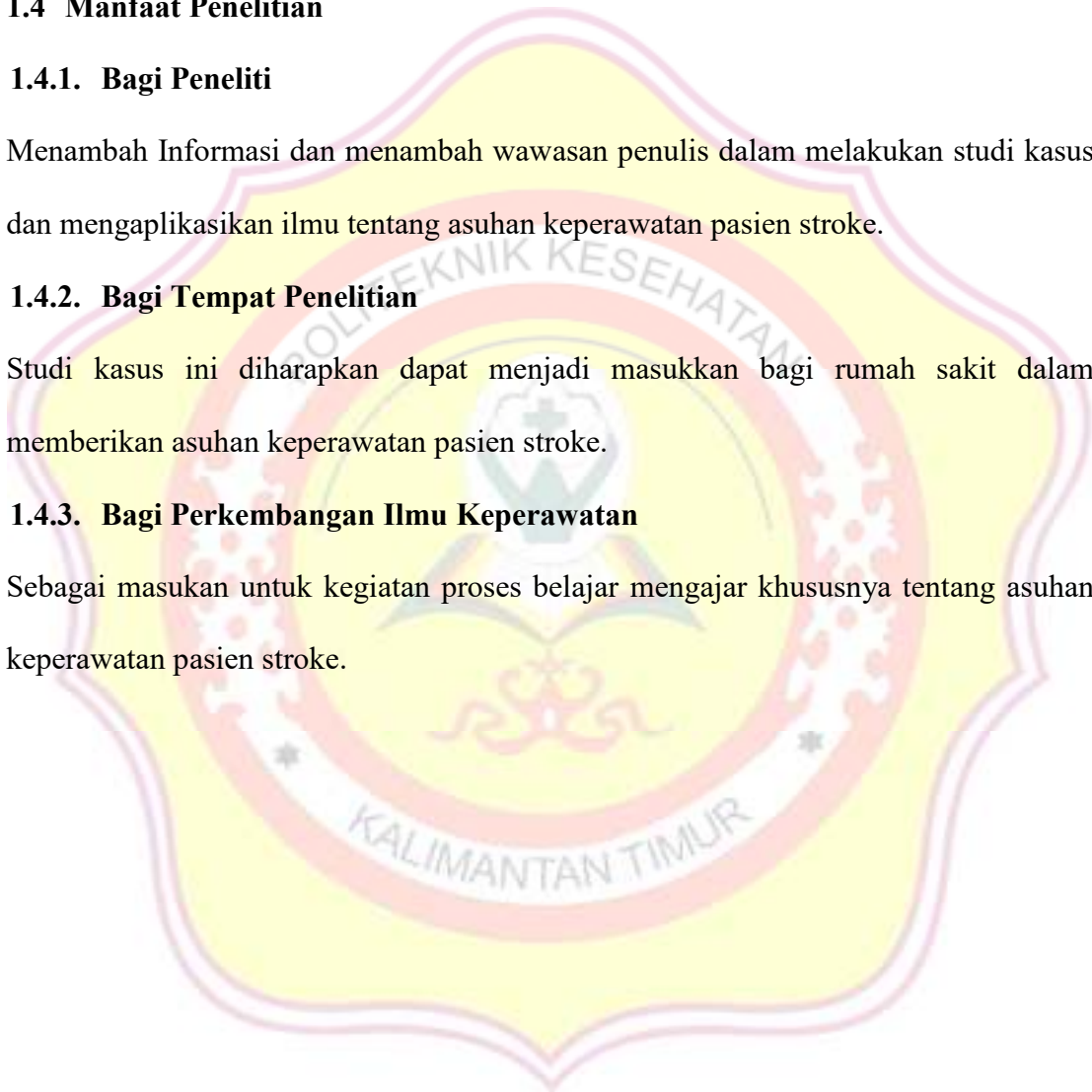
Menambah Informasi dan menambah wawasan penulis dalam melakukan studi kasus dan mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pasien stroke.

### **1.4.2. Bagi Tempat Penelitian**

Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pasien stroke.

### **1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Sebagai masukan untuk kegiatan proses belajar mengajar khususnya tentang asuhan keperawatan pasien stroke.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut WHO (World Health Organization) stroke adalah suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klonik baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau dapat menimbulkan kematian, disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak.

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke bagian jaringan otak tiba-tiba terganggu karena aliran darah dapat menyebabkan terhambatnya proses metabolisme sel-sel saraf yang merusak atau mematikan sel otak (Shinta, 2011).

Stroke non hemoragik adalah terjadinya penyumbatan arteri akibat thrombus (bekuan darah di arteri serebri) atau embolus (bekuan darah yang berjalan ke otak dari tempat lain di tubuh) (Corwin, 2009).

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Muttaqin, 2008.)

### 2.1.2 Klasifikasi

Pengklasifikasian stroke iskemik atau stroke non hemoragik menurut Saputra (2009) yaitu:

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

Yaitu gangguan neurologist sesaat, beberapa menit atau beberapa jam saja dan gejala akan hilang sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Gangguan neurologik iskemik *reversible*

Gangguan neurologist setempat yang akan hilang secara sempurna dalam waktu 1 minggu dan maksimal 3 minggu.

3) Stroke Progresif (*Progressive Stroke/ Stroke In Evolution*)

Stroke yang sedang berjalan dan semakin parah dari waktu ke waktu.

4) Stroke Komplet (*Completed Stroke/ Permanent Stroke*)

Kelainan neurologisnya bersifat menetap dan tidak berkembang lagi.

### 2.1.3 Etiologi

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu kejadian di bawah ini diantaranya:

1) Trombus Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya (Muttaqin, 2008).

## 2) Emboli

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Emboli menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. (Muttaqin, 2008)

## 3) Iskemia

Penurunan aliran darah ke area otak (Smeltzer, 2005).

### **2.1.4 Patofisiologi**

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Sudoyo, 2007).

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 lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2010).

Ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini

berlanjut terus-menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem peryarafan yang ada ditubuh seperti : penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri, pasien tidak mampu untuk makan sehingga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi kandung kemih dan saluran pencernaan lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan nafas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot-otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi.

### **2.1.5 Tanda dan Gejala**

Menurut Misbach (2011) tanda dan gejala yang ada pada penderita pasien stroke non hemoragik adalah tekanan darah tinggi, gangguan motorik (kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh), hilangnya sebagian penglihatan atau pendengara penglihatan ganda atau kesulitan melihat pada satu atau kedua mata, gangguan keseimbangan, nyeri kepala, bicara tidak jelas (pelo), muntah, ketidakseimbangan dan terjatuh dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih, perubahan mendadak (apatis, somnolen, delirium, suppor, koma).

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Batticaca (2008) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke sebagai berikut :

1. *Angiografi Serebral*

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.

2. *Skan Tomografi Komputer (Computer Tomography scan-CT-Scan)*

Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan normal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan intracranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid dan perdarahan intracranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus thrombosis disertai proses inflamasi.

3. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).

4. *Ultrasonografi Doppler (USG doppler)*

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis atau aliran darah timbulnya plak dan arteriosklerosis).

5. *Elektroensefalogram (EEG)*

Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

6. Sinar tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.

#### 7. Pemeriksaan lab rutin

Berupa cek darah, Gula darah, Urine, Cairan serebrospinal, AGD, Biokimia darah dan elektrolit.

#### 2.1.7 Komplikasi

Menurut Sudoyo (2006) komplikasi stroke yaitu :

##### 1. Hipoksia serebral

Otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan.

##### 2. Penurunan aliran darah serebral

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral.

##### 3. Luasnya area cedera

Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus lokal.



4. Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Peningkatan TIK merupakan kedaruratan yang harus segera diatasi. Pada saat terjadi peningkatan TIK, jaringan otak akan tertekan dan terjadi pergeseran jaringan otak yang sangat berbahaya. Target intervensi adalah pengendalian volume darah serebral dan sirkulasi cairan serebrospinalis (CSS) dan terus mempertahankan perfusi jaringan serebral. Beberapa intervensi untuk menurunkan TIK seperti hiperventilasi, drainage cairan serebrospinalis diuretik osmotik, sedatif, dan dekompresi pembedahan. Tujuan utama penanganan pasien dengan peningkatan TIK adalah:

- 1) Menurunkan TIK.
  - 2) Memperbaiki tekanan perfusi serebral.
  - 3) Menurunkan perubahan dan distorsi otak serta pengaruh sistemik lainnya.
- (Rosjidi, 2014)

Beberapa hal yang berperan besar dalam menjaga agar TIK tidak meningkat, menurut Hisam (2013) adalah:

- 1) Mengatur posisi kepala lebih tinggi sekitar  $30^{\circ}$ - $45^{\circ}$ , dengan tujuan memperbaiki aliran balik jantung.

2) Mengusahakan tekanan darah yang optimal, tekanan darah yang sangat tinggi dapat menyebabkan edema serebril, sebaliknya tekanan darah terlalu rendah akan mengakibatkan iskemia otak dan akhirnya juga akan menyebabkan edema dan peningkatan TIK.

3) Mencegah dan mengatasi kejang.

4) Menghilangkan rasa cemas, agitasi dan nyeri.

5) Mencaga suhu tubuh normal 36-37,5°C.

6) Hindari kondisi hiperglikemia.

Penatalaksanaan medis menurut Esther (2010) adalah:

1. Terapi Trombolitik

Trombolitik juga disebut fibrinolitik berkhasiat melarutkan trombus diberikan 3 jam setelah infark otak, jika lebih dari itu dapat menyebabkan perdarahan otak, obat yang termasuk golongan ini adalah streptokinase, alteplase, urokinase, dan reteplase.

2. Terapi Antikoagulansia

Antikoagulansia adalah zat yang dapat mencegah pembekuan darah dan di gunakan pada keadaan dimana terdapat kecenderungan darah untuk membeku.

Obat yang termasuk golongan ini yaitu heparin dan kumarin.

3. Terapi Antitrombosit

Penghambat trombosit adalah obat yang dapat menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan trombus yang terutama sering ditemukan pada sistem arteri. Obat yang termasuk golongan ini adalah aspirin, dipiridamol, tiklopidin, idobufen, epoprostenol, clopidogrel.

#### 4. Terapi Suportif

Terapi suportif merupakan psikoterapi yang ditunjukkan untuk pasien baik secara individu maupun secara kelompok yang ingin mengevaluasi diri, melihat kembali cara menjalani hidup, mengeksplorasi pilihan-pilihan yang tersedia bagi individu maupun kelompok dan bertanya pada diri sendiri hal yang diinginkan di masa depan.

### 2.2 Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik

#### 2.2.1. Pengkajian

##### 1. Biodata Pasien

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

##### 2. Riwayat Kesehatan Pasien

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

3. Keluhan Utama/Alasan Masuk Rumah Sakit

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi. (Misbach, 1999)

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pasien sakit kepala, mual muntah bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak. (Rochani, 2000)

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya pada pasien ini mempunyai riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan dan obesitas. (D.Ignatovicus, 1995)

6. Riwayat penyakit Keluarga

Biasanya ada anggota keluarga yang menderita atau mengalami penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus dan penyakit jantung. (Susilo, 2000)

7. Pola Aktivitas Sehari-hari

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah, dan susah tidur.

8. Pola Eliminasi

Perubahan kebiasaan bab dan bak. Misalnya inkoontinentia urine, anuria, distensi kandungkemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

9. Pola Makanan

Nausea, vomiting, daya sensori hilang, di lidah, pipi, tenggorokan, dysfagia.

## 10. Perubahan neurologi melalui pengkajian skala koma Glasgow (GCS)

### Eye

- 4 : Spontan membuka mata
- 3 : Membuka mata dengan perintah
- 2 : Membuka mata karena rangsangan nyeri
- 1 : Tidak mampu membuka mata

### Verbal

- 5 : Orientasi dan pengertian baik
- 4 : Pembicaraan yang kacau
- 3 : Pembicaraan yang tidak pantas dan kasar
- 2 : Dapat bersuara, merintih
- 1 : Tidak ada suara

### Motorik

- 6 : Mengikuti perintah
- 5 : Reaksi gerakan local terhadap rangsangan
- 4 : Reaksi menghindar terhadap rangsangan nyeri
- 3 : Fleksi abnormal
- 2 : Ekstensi abnormal
- 1 : Tidak ada gerakan

## 11. Pemeriksaan Fisik

### 1. Keadaan umum

- a) Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran

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

## 2. Pemeriksaan integument

- a) Kulit : jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit kan jelek. Di samping itu perlu juga dikaji tanda - tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien CVA Bleeding harus bed rest 2-3 minggu.
- b) Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis.
- c) Rambut : umumnya tidak ada kelainan.

## 3. Pemeriksaan kepala dan leher

- a) Kepala : bentuk normocephalik
- b) Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi
- c) Leher : kaku kuduk jarang terjadi (Satyanegara, 1998)

## 4. Pemeriksaan dada

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

## 5. Pemeriksaan abdomen

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

6. Pemeriksaan inguinal, genitalia, anus

Kadang terdapat incontinensia atau retensi urine

7. Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

8. Pemeriksaan neurologi

a) Pemeriksaan nervus cranialis

Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis VII dan XII central.

b) Pemeriksaan motorik

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

c) Pemeriksaan sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi.

d) Pemeriksaan reflex

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflex patologis. (Misbach, 1999)

### 2.2.2. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai darah dan O<sub>2</sub> ke otak menurun. (D.0009)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (D.0077)

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. (D.0054)
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. (D.0019)
5. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tirah baring lama. (D.0129)
6. Pola nafas tidak efektif berhubungan penurunan ekspansi paru. (D.0005)
7. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. (D.0119)
8. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan. (D.0085)

### 2.2.3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1  
Intervensi asuhan keperawatan berdasarkan NIC-NOC

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai darah dan O <sub>2</sub> ke otak menurun (D.0009)	<p>NOC</p> <p>a) Circulation status</p> <p>b) Tissue Perfusion : cerebral</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan</li> <li>2. Tidak ada ortostatik hipertensi</li> <li>3. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)</li> </ol>	<p>NIC</p> <p>Peripheral Sensation Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul</li> <li>1.2 Monitor adanya parestese</li> <li>1.3 Monitor adanya tromboflebitis</li> <li>1.4 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi</li> </ol>



			<p>1.5 Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</p> <p>1.6 Kolaborasi pemberian analgetik</p>
No	<p>2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>Diagnosa</p>	<p>NOC</p> <p>a) Pain level</p> <p>b) Pain control</p> <p>c) Comfort level</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman</li> </ol> <p>Tujuan dan Kriteria Hasil</p>	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2.2 Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>2.3 Tingkatkan istirahat dan ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>2.4 Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Intervensi</p>
	<p>3. Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. (D.0054)</p>	<p>NOC</p> <p>a) Bergerak aktif</p> <p>b) Mobilitas meningkat</p> <p>c) Perawatan diri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien meningkat dalam aktifitas fisik.</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.</li> <li>3. Kekuatan otot meningkat.</li> </ol>	<p>NIC</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitoring tanda-tanda vital sebelum / sesudah latihan.</li> <li>3.2 Bantu pasien untuk beraktifitas.</li> <li>3.3 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs.</li> <li>3.4 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi.</li> </ol>
2.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)</p>	<p>NOC</p> <p>a) Nutritional status: Adequacy of nutrient</p> <p>b) Nutritional status: Food and fluid intake</p> <p>c) Weight control</p>	<p>NIC</p> <p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Kaji adanya alergi makanan</li> <li>4.2 Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> </ol>

		<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan</li> <li>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.3 Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>4.4 Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>4.5 Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>4.6 Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi</li> <li>4.7 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</li> </ol>
No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
5.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tirah baring lama. (D.0129)	<p>NOC</p> <p>a) Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan.</li> <li>2. Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan.</li> <li>3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang.</li> <li>4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.</li> </ol>	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Anjurkan pasien untuk mengguankan pakaian longgar</li> <li>5.2 Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>5.3 Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>5.4 Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>5.5 Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>5.6 Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>5.7 Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> <li>5.8 Monitor status nutrisi pasien</li> <li>5.9 Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> </ol>

6.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan enurunan ekspansi paru (D.0005)	<p>NOC</p> <p>a) Respiratory status: Ventilation</p> <p>b) Respiratory status: Airway patency</p> <p>c) Vital sign status</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi pernafasan sesuai yang diharapkan</li> <li>2. Irama nafas sesuai yang diharapkan</li> <li>3. Kedalaman inspirasi</li> <li>4. Ekspansi dada simetris</li> <li>5. Pengeluaran sputum pada jalan nafas</li> <li>6. Bersuara secara adekuat</li> </ol>	<p>NIC</p> <p>Aiway Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 Posisikan pasien untuk memaksimalkan vetilasi.</li> <li>6.2 Lakukan fisioterapi bila perlu</li> <li>6.3 Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.</li> <li>6.4 Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.</li> <li>6.5 Monitor vital sign</li> <li>6.6 Kolaborasi pemberian O2</li> </ol>
No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
7.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	<p>NOC</p> <p>a) Anxiety self control</p> <p>b) Coping</p> <p>c) Sensory function: hearing &amp; vision</p> <p>d) Fear sef control</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi: penerimaan, intrepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat</li> <li>2. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara) : ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna</li> <li>3. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intrepretasi pesan verbal dan/atau non verbal</li> <li>4. Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat</li> </ol>	<p>NIC</p> <p>Communication Enhancement : Speech Deficit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1 Gunakan penerjemah , jika diperlukan</li> <li>7.2 Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan</li> <li>7.3 Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara</li> <li>7.4 Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan</li> <li>7.5 Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>7.6 Berdiri didepan pasien ketika berbicara</li> </ol>

		<p>5. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara</p> <p>6. Mampu memajemen kemampuan fisik yang di miliki</p> <p>7. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial</p>	<p>7.7 Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal</p> <p>7.8 Anjurkan pada pertemuan kelompok</p> <p>7.9 Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi</p> <p>7.10 Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat)</p>
No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
8.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0085)	<p>NOC</p> <p>a) Sensori function : hearing</p> <p>b) Sensori function : vision</p> <p>c) Sensori function : taste and smell</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Menunjukkan tanda dan gejala persepsi dan sensori baik : penglihatan, pendengaran, makan, dan minum baik.</p> <p>2. Mampu mengungkapkan fungsi persepsi dan sensori dengan tepat</p>	<p>NIC:</p> <p>Fall prevention</p> <p>8.1 Identifikasi kebiasaan dan faktor-faktor yang mengakibatkan risiko jatuh.</p> <p>8.2 Kaji riwayat jatuh pada klien dan keluarga.</p> <p>8.3 Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan terjadinya risiko jatuh (lantai licin).</p> <p>8.4 Sediakan alat bantu (tongkat, walker).</p> <p>8.5 Ajarkan cara penggunaan alat bantu (tongkat atau walker).</p> <p>8.6 Instruksikan pada klien untuk memintabantuan ketika melakukan perpindahan, jika diperlukan.</p> <p>8.7 Ajarkan pada keluarga untuk menyediakan lantai rumah yang tidak licin.</p>

			8.8 Ajarkan pada keluarga untuk meminimalkan risiko terjadinya jatuh pada pasien.
--	--	--	---

#### 2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi . Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien diabetes melitus pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen. Interdependen dan dependen (Tarwoto & Wartonah, 2011).

#### 2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh manaperawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011). Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan. Format evaluasi menggunakan :

S : *Subjective* adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diperbaiki

O : *Objective* adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan

A : Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.

P : *Planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai).



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Pendekatan/ Desain Penelitian**

Jenis penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penulisan ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **3.2 Subyek Penelitian**

Subyek penelitian ini adalah pasien stroke non hemoragik yang dirawat di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah dua kasus yang sama dan kriteria yang sesuai, yaitu :

- 1) Usia antara 30-65 tahun.
- 2) Pasien kooperatif saat diwawancara maupun dilakukan tindakan keperawatan.

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

Pasien dengan stroke non hemoragik adalah pasien dengan kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang akibat penyumbatan. Tanpa darah, otak tidak akan mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi, sehingga sel-sel pada sebagian area otak akan mati.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penulisan**

Pengambilan kasus ini dilakukan di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Waktu penelitian akan dibutuhkan yaitu selama 3-6 hari.

### **3.5 Prosedur Penelitian**

Prosedur penulisan pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

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



### **3.6 Metode dan Instrument Pengumpulan Data**

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

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

a. Wawancara

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

b. Obsevasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi dan pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada system tubuh pasien.

#### **3.6.2. Instrument Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku.

### **3.7 Keabsahan Data**

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penulisan sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang ditulis.

### 3.8 Analisa Data

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

## **BAB 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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>3</sub>	Compos Mentis E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>
19.	Tanda – Tanda Vital	TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 26 x/menit S: 37°C 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><b>Kepala :</b> Bentuk kepala oval. Warna rambut hitam putih, warna kulit putih, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi dan tidak ada kelainan.</p> <p><b>Mata :</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p><b>Hidung :</b> Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip dan tidak ada kelainan</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>	<p><b>Kepala :</b> Bentuk kepala oval. Warna rambut hitam putih, warna kulit sawo matang, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi dan tidak ada kelainan.</p> <p><b>Mata :</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p><b>Hidung :</b> Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret dan tulang hidung/ septum nasi simetris tidak ada polip dan tidak ada kelainan</p> <p><b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>
23.	Pemeriksaan Thorax	<p><b>Keluhan :</b> Pasien mengeluh keluhan sesak nafas.</p> <p><b>Inspeksi :</b> Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur,</p>	<p><b>Keluhan :</b> Pasien mengeluh keluhan sesak nafas.</p> <p><b>Inspeksi :</b> 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><b>Palpasi :</b> Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b> Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p><b>Auskultasi :</b> 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><b>Palpasi :</b> Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b> Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p><b>Auskultasi :</b> 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"> <li>- Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> </ul> <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus Kordis teraba di ICS 5</li> <li>- Akral Hangat</li> </ul> <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>- Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra</li> <li>- Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>- Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ul>	<p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> </ul> <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus Kordis teraba di ICS 5</li> <li>- Akral Hangat</li> </ul> <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>- Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra</li> <li>- Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>- Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ul>

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"> <li>- Tidak ada nyeri tekan</li> <li>- Tidak teraba adanya massa</li> <li>- Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</li> </ul> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shifting Dullness (-)</li> <li>- Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</li> </ul>	<p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada nyeri tekan</li> <li>- Tidak teraba adanya massa</li> <li>- Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</li> </ul> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shifting Dullness (-)</li> <li>- Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</li> </ul>
25.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memori : Panjang</li> <li>b. Perhatian : Dapat mengulang</li> <li>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia )</li> <li>d. Kognisi : Baik</li> <li>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</li> <li>f. Refleks Fisiologis               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patella : 2 (Normal)</li> <li>- Achilles : 2 (Normal)</li> <li>- Bisep : 2 (Normal)</li> <li>- Trisep : 2 (Normal)</li> <li>- Brankioradialis : 2 (Normal)</li> </ul> </li> <li>g. Tidak ada keluhan pusing</li> <li>h. Istirahat/ tidur 5 jam/hari</li> <li>i. Pemeriksaan syaraf kranial               <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memori : Panjang</li> <li>b. Perhatian : Dapat mengulang</li> <li>c. Bahasa : Baik</li> <li>d. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</li> <li>e. Refleks Fisiologis               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patella : 2 (Normal)</li> <li>- Achilles : 2 (Normal)</li> <li>- Bisep : 2 (Normal)</li> <li>- Trisep : 2 (Normal)</li> <li>- Brankioradialis : 2 (Normal)</li> </ul> </li> <li>f. Tidak ada keluhan pusing</li> <li>g. Istirahat/ tidur 6 jam/hari</li> <li>h. Pemeriksaan syaraf kranial               <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol)</li> </ul> </li> </ul>

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

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"> <li>a. Pergerakan sendi bebas</li> <li>b. Kekuatan otot dibagian kiri 3 kanan 5</li> <li>c. Tidak ada kelainan tulang belakang</li> <li>d. Turgor kulit baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pergerakan sendi bebas</li> <li>b. Kekuatan otot dibagian kiri 3 kanan 5</li> <li>c. Tidak ada kelainan tulang belakang</li> <li>d. Turgor kulit baik</li> </ul>
29.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</li> <li>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</li> <li>c. Tidak ada trias DM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</li> <li>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</li> <li>c. Tidak ada trias DM</li> </ul>
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"> <li>a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan</li> <li>b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung</li> <li>c. Pasien kooperatif saat interaksi</li> <li>d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan</li> <li>b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung</li> <li>c. Pasien kooperatif saat interaksi</li> <li>d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri</li> </ul>
32.	Pengkajian Spiritual	<p>Kebiasaan beribadah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum sakit pasien sering beribadah</li> <li>b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang</li> </ul>	<p>Kebiasaan beribadah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum sakit pasien sering beribadah</li> <li>b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang</li> </ul>
33.	Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi 1 kali sehari</li> <li>b. Keramas 3 hari sekali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi 1 kali sehari</li> <li>b. Belum ada keramas</li> </ul>

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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>3</sub> 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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> 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 <sub>2</sub> 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
		<p>berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemah</li> <li>2. Pasien mengatakan lemah untuk beraktifitas</li> <li>3. Pasien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot pasien menurun</li> </ol> $\begin{array}{r} 5 \quad   \quad 3 \\ 5 \quad   \quad 3 \end{array}$ <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>4. Pasien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>5. Pasien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLsnya</li> </ol>		<p>berhubungan dengan kekuatan otot menurun, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemah</li> <li>5. Pasien mengatakan lemah untuk beraktifitas</li> <li>6. Pasien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>2. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>4. Pasien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>5. Pasien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLsnya</li> </ol>

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 $\frac{5}{5} \mid \frac{3}{3}$
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 $\frac{5}{5} \mid \frac{3}{3}$		



#### 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"> <li>1. Frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5</li> <li>2. Irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5</li> <li>3. Suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Manajemen jalan nafas</li> <li>2.2 Pemantauan respirasi</li> <li>2.3 Pengaturan posisi</li> <li>2.4 Berikan O2</li> <li>2.5 Stabilisasi jalan nafas</li> </ol>

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"> <li>1. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> <li>2. Gerakan otot diperahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> </ol>	<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"> <li>1. Menggunakan bahasa tertulis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> <li>2. Menggunakan bahasa lisan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> <li>3. Mengenali pesan yang diterima dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> </ol>	<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"> <li>1. Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan 4 ditingkatkan 5</li> <li>2. Memonitor faktor risiko individu dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5</li> <li>3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> <li>4. Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> <li>5. Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5</li> </ol>	<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	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
2.	Selasa, 7 Mei 2019	(D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d	Setelah dilakukan tindakan	2.1 Manajemen jalan nafas

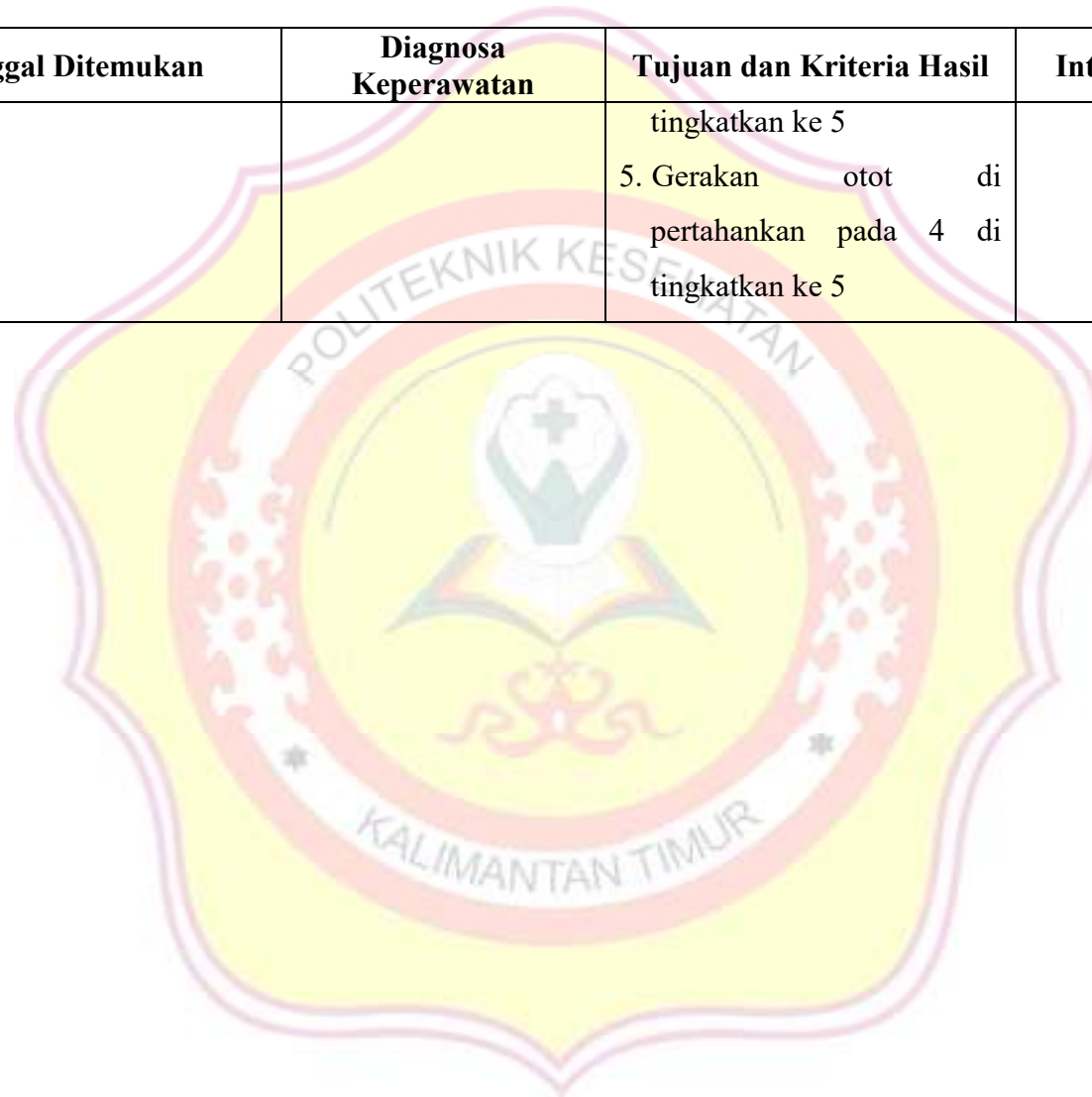
No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		penurunan energi	keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 2. Irama pernafasan dipertahankan 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"> <li>1. Memonitor faktor risiko di lingkungan di pertahankan 4 di tingkatkan 5</li> <li>2. Memonitor faktor risiko individu di pertahankan pada 4 di tingkatkan pada 5</li> <li>3. Mengidentifikasi kemungkinan risiko kesehatan di pertahankan pada 4 di tingkatkan ke 5</li> <li>4. Gerakan sendi di pertahankan pada 4 di</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>4.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift</li> <li>4.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>4.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</li> <li>4.5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.</li> </ol>

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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>3</sub> 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 O <sub>2</sub> 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 O <sub>2</sub> 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 E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub> 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 O<sub>2</sub> 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"> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <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"> <li>- Skala morse kategori risiko</li> <li>- Pagar pengaman pasien selalu terpasang</li> </ul> <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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> 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 <sub>2</sub> 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 <sub>2</sub>

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"> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <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"> <li>- Skala morse kategori risiko</li> <li>- Pagar pengaman pasien selalu terpasang</li> </ul> <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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> 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 <sub>2</sub> 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 <sub>2</sub>

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"> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <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"> <li>- Skala morse kategori risiko</li> <li>- Pagar pengaman pasien selalu terpasang</li> </ul> <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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> 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"> <li>- Pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter</li> <li>- RR : 25 x/mnt</li> </ul> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Pengaturan posisi</li> <li>2.2 Berikan O2</li> </ul>
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"> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.6 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</li> <li>3.7 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ul>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
4.	Selasa, 7 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 4.5 Anjurkan berbicara perlahan
5.	Selasa, 7 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

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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> 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 <sub>2</sub> 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 <sub>2</sub>

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"> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <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"> <li>- Pasien sulit berbicara</li> <li>- Pasien terlihat kurang jelas saat berbicara</li> <li>- Pasien terlihat pelo</li> <li>- Pasien sulit mengungkapkan kata-kata</li> </ul> <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 <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> 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 <sub>2</sub> 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





## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (D. 0017)

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data pada pasien 1 yaitu tingkat kesadaran compos mentis ( $E_4M_6V_5$ ), TD: 200/110mmHg, N: 80 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 37,5°C, dan usia 62 tahun, sedangkan pada pasien 2 pasien didapat hasil kesadaran compos mentis ( $E_4M_6V_5$ ) dengan tanda-tanda vital TD:150/90 mmHg, N : 88 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 36°C dan usia 65 tahun. Data dari kedua pasien memiliki perbedaan pada tanda-tanda vital dan umur namun memiliki tingkat kesadaran yang sama.

Intervensi pada pasien 1 dan pasien 2 sama dimana implementasi dari kedua pasien yaitu mengukur tanda-tanda vital, memeriksa tingkat kesadaran, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial, memberitahu tujuan dan prosedur pemantauan dan memberi obat sesuai anjuran dari dokter, evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu, TD: 200/110mmHg, N: 80 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 37,5°C, kesadaran compos mentis GCS 15, pasien diberikan obat oral amlodiphin 1 x 2,5 mg, ISDN 3 x 5 mg, dan pasien mengatakan kepalanya pusing, sedangkan pada pasien 2 yaitu, TD: 180/110 mmHg, N: 70 x/mnt, RR: 24 x/mnt, S: 37°C, kesadaran compos mentis GCS 15, pasien diberikan obat amplodiphin 1x 2,5 mg, ISDN 3x5 mg, dan pasien mengatakan kepalanya pusing.

Dari pembahasan di atas dapat di simpulkan bahwa ada empat intevensi yang dilakukan pada kedua pasien karena sesuai dengan kebutuhan pasien dan ada satu

intervensi yang tidak dilakukan karena kedua pasien tidak dapat melakukan kegiatannya sendiri dan hanya berbaring di tempat tidur saja.

Risiko perfusi serebral tidak efektif pada kedua pasien diatas dipicu oleh hipertensi, bahwa hipertensi adalah faktor penyebab utama terjadi stroke, karena tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah arteri tersumbat. Bila hal ini terjadi pada pembuluh darah otak, maka terjadi pendarahan otak yang dapat berakibat kematian, hal ini sesuai dengan penelitian (Williams, 2007).

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu meliputi tekanan darah pasien yang tidak stabil.

#### **4.2.2 Pola nafas tidak efektif b.d penurunan ekspansi paru (D.0005)**

Dari hasil analisa dan perumusan masalah yang dilakukan penulis, penulis menemukan diagnosa pola nafas tidak efektif saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan pasien 2 dengan data yang menunjang pola nafas pada pasien 1 keluhan yaitu pasien mengeluhkan sesak nafas, pola nafas pasien abnormal dengan RR: 25 x/mnt dan pasien terpasang oksigen nasal kanul 4 liter. Pola nafas pada pasien 2 keluhan yaitu pasien mengatakan sesak nafas, pola nafas abnormal dengan RR: 24 x/mnt dan terpasang oksigen nasal kanul 5 liter. Dari data pada kedua pasien memiliki kesamaan yaitu pasien merasakan sesak dan terpasang oksigen simple mask, namun pada kedua pasien juga memiliki perbedaan dimana pada pasien 1 RR: 25 x/mn,t sedangkan pada pasien 2 RR: 24 x/mnt.

Intervensi dari kedua pasien sama dimana implementasi pada kedua pasien hanya dilakukan empat intervensi, yaitu memantau respirasi, mengatur posisi pasien semi fowler 45°, memberikan O<sub>2</sub> simple mask, menstabilisasikan jalan nafas. Sehingga evaluasi yang diperoleh dari pasien 1 yaitu RR: 25 x/mnt, posisi pasien semi fowler 45°, pasien terpasang oksigen 6 ltr/m. Sedangkan evaluasi pada pasien 2 yaitu RR: 24 x/mnt, posisi pasien semi fowler 45°, pasien terpasang oksigen 5 ltr/m.

Dapat disimpulkan bahwa intervensi yang dibuat hanya empat yang dilakukan pada kedua pasien karena sesuai dengan kebutuhan pasien dan satu intervensi yang tidak dilakukan pada kedua pasien. Evaluasi dari diagnosa ini adalah masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi pada pasien 1 dan pasien 2 sehingga tetap dilanjutkan intervensi pada pasien 1 dan pasien 2

Diagnosa pola nafas tidak efektif sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pola nafas tidak efektif merupakan keluhan yang muncul pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Dimana pola nafas tidak efektif dipicu oleh karena terjadi penyumbatan suplai darah yang mengandung oksigen menjadi terganggu dan menyebabkan hipoksia. Tubuh terus menerus merespon akibat hipoksia tersebut untuk menghirup O<sub>2</sub> sehingga terjadi sesak nafas.

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu meliputi pasien mengatakan sesak nafas yang terjadi karena penyumbatan suplai darah yang mengandung oksigen menjadi terganggu dan menyebabkan sesak nafas.

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

Dari hasil analisa dan perumusan masalah yang dilakukan penulis, penulis menemukan diagnosa gangguan mobilitas fisik saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan pasien 2 dengan data yang menunjang yaitu pada pasien 1 dan pasien 2 mengatakan tangan dan kaki kirinya tidak dapat digerakan dengan kekuatan otot 5/5/3/3, pasien terlihat lemah hanya berbaring ditempat tidur dan semua aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat. Intervensi pada 1 dan pasien 2 sama dan sesuai dengan implementasi.

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

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu meliputi pasien mengatakan anggota badan sebelah kiri tidak dapat digerakan karena kekuatan otot yang melemah.

#### **4.2.4 Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)**

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

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

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

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 yaitu meliputi pasien berbicara pelo yang terjadi akibat cedera otak sehingga pasien 2 mengalami gangguan komunikasi verbal.

#### **4.2.5 Risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143) \***

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

perbedaan yaitu total skor skala morse pada pasien 1 60 risiko tinggi sedangkan pada pasien 2 nilai skala morse 80 dengan kategori risiko tinggi.

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

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

Menurut asumsi penulis tentang masalah keperawatan risiko jatuh mungkin dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu meliputi skala morse pasien dalam kategori tinggi yang disebabkan karena kekuatan otot pasien yang melemah.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan dengan penyakit Stroke Non Hemoragik di ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

##### 5.1.1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada kasus Stroke Non Hemoragik perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa. Berdasarkan data yang ada pada hasil anamnesis pasien Stroke Non Hemoragik umumnya keluhan yang dirasakan pasien 1 dirasakan juga oleh pasien 2. Tanda dan gejala yang muncul dan dirasakan oleh kedua pasien yaitu kelemahan anggota tubuh bagian kiri. Hal ini menunjukkan jika seseorang terdiagnosa Stroke Non Hemoragik memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama yang akan dirasakan oleh penderita.

##### 5.1.2. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan, di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Kesenjangan tersebut yaitu dari



lima diagnosa keperawatan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh para ahli pada pasien 1 terdapat empat diagnosa yang muncul yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, pola nafas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan resiko jatuh. Sedangkan pada pasien 2 terdapat juga lima diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, pola nafas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan resiko jatuh.

### 5.1.3. Intervensi

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh penulis dalam tindakan terhadap risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor tingkat kesadaran, monitor adanya keluhan sakit kepala, monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas, monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK, hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Hal ini bertujuan untuk mencegah perfusi serebral tidak efektif yang dirasakan oleh pasien.

Kemudian dalam tindakan pola nafas tidak efektif intervensi seperti Manajemen jalan nafas, pemantauan respirasi, pengaturan posisi, berikan O<sub>2</sub>, stabilisasi jalan nafas. Hal ini bertujuan untuk mengatasi pola nafas tidak efektif yang dirasakan oleh pasien.

Kemudian dalam tindakan gangguan obilitas fisik dengan intervensi monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan, konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan, ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik ambulasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan

ADLs secara mandiri sesuai, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan. Hal ini bertujuan untuk membantu dalam meningkatkan mobilisasi pasien

Kemudian dalam tindakan gangguan komunikasi verbal dengan intervensi monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, ulangi apa yang di sampaikan pasien, anjurkan berbicara perlahan, ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.

Kemudian dalam tindakan risiko jatuh dengan intervensi identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Hal ini bertujuan untuk mencegah risiko jatuh pada pasien.

#### 5.1.4. Implementasi

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

#### 5.1.5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang penulis lakukan pada pasien 1 dan pasien 2

berdasarkan kriteria yang penulis susun terdapat dua diagnosa keperawatan yang mulai teratasi sebagian sesuai rencana yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan risiko jatuh.

## **5.2 Saran**

### **1. Bagi Instansi Rumah Sakit**

1.1 Dapat memberikan sarana untuk dilakukan tindakan pemberian mobilisasi sehingga efektifitas tindakan pemberian mobilisasi dapat berjalan dan dilakukan secara optimal.

1.2 Menyusun standar operasional prosedur tentang ROM dalam menangani masalah gangguan mobilitas fisik.

1.3 Dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

### **2. Bagi Perawat**

Perawat diharapkan perlunya melanjutkan asuhan keperawatan secara komprehensif yang sudah dikelola oleh penulis yang bertujuan untuk pemulihan kesehatan pasien.

### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan pengkajian yang lebih mendalam.