

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN LANSIA DENGAN
POST STROKE NON HEMORAGIK DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA NIRWANA PURI
SAMARINDA



OLEH :
Melawati
NIM P07220116064

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

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN LANSIA DENGAN
POST STROKE NON HEMORAGIK DI PANTI SOSIAL TRESNA

WERDHA NIRWANA PURI

SAMARINDA

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

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :

Melawati

NIM P07220116064

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2019

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Melawati
Tempat Tanggal Lahir : Muara Badak, 12 Agustus 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Bina cipta Gg. Kramat Rt 02 Desa
Muara Badak ulu. Kec. Muara Badak. Kab.
Kutai kartanegara.

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2004-2010 : SDN 002 Muara Badak
2. Tahun 2010-2013 : SMP Negri 1 Muara Badak
3. Tahun 2013-2016 : SMA Negri 1 Muarabadak
4. Tahun 2016-sekarang : Mahasiswa Podi DIII-Keperawatan
Samarinda Poltekkes Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan karunianya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Klien Lansia Dengan Post Stroke Non Hemoragik Di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda”. Karya tulis ini saya susun untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Dengan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. Drs. Hj. Hamidah selaku pemimpin Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.
3. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes selaku ketua jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
4. Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep selaku ketua prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
5. Edi Purwanto, SST., M.Kes selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya hingga selesai.
6. Ns. Rizky Setiadi, S.Kep., MKM selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.
7. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
8. Kedua orang tua saya dan saudara-saudara saya yang selalu mendukung, memberikan motivasi dan dukungan serta doa-doa sehingga saya dapat menyelesaikan kuliah saya tepat waktu.

9. Teman teman seperjuangan saya di D-III keperawaan yang telah memberikan masukan, kritikan dan saran-saran dalam pembelajaran dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Semoga bimbingan, motivasi dan semangat yang telah diberikan menjadi amal ibadah sehingga memperoleh balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Esa.

Samarinda, 23 Mei 2018



ABSTRAK

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN LANSIA DENGAN
POST STROKE NON HEMORAGIK DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA NIRWANA PURI
SAMARINDA**

Pendahuluan : *Stroke* merupakan penyakit yang paling menyebabkan kecatatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, dan daya ingat sebagai dari akibat gangguan fungsi otak.

Tujuan : Diperolehnya gambaran Asuhan Keperawatan klien lansia dengan Post Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

Metode : Metode penelitian yang digunakan adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan melibatkan 2 responden. Pengumpulan data menggunakan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi. Instrument pengumpulan data menggunakan format Pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik sesuai ketentuan yang berlaku.

Hasil dan Pembahasan : Pada klien 1 dan klien 2 ditemukan masalah yang sama yaitu Gangguan mobilitas fisik, Defisit nutrisi, Defisit pengetahuan, Risiko jatuh. Masalah Keperawatan yang teratasi hanya diagnosa defisit pengetahuan b.d kurang mampu mengingat, Risiko Jatuh. Dan masalah yang tidak teratasi adalah Gangguan mobilitas fisik, Defisit nutrisi,

Kesimpulan dan Saran : Masalah yang teratasi dari kedua klien adalah defisit pengetahuan dan risiko jatuh, masalah yang teratasi sebagian adalah defisit nutrisi, masalah yang belum teratasi adalah Gangguan mobilitas fisik. Maka saran bagi peneliti selanjutnya, agar dapat memperpanjang waktu perawatan agar hasil yang didapatkan lebih optimal dan masalah keperawatan dapat teratasi.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, SNH, Lansia

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Persyaratan	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar lampiran	xiii
 BAB 1 PENDAHULUAN	
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	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1) Bagi peneliti	5
2) Bagi Tenaga Kesehatan.....	5
3) Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar lansia	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Batasan Lanjut Usia.....	6
2.1.3 Klasifikasi Lansia	7
2.1.4 Masalah Yang Dihadapi Oleh Lansia.....	7
2.2 Konsep Dasar Medis	8
2.2.1 Definisi Stroke.....	8
2.2.2 Etiologi	9
2.2.3 Pathway	11
2.2.4 Patofisiologi.....	12
2.2.5 Manifestasi Klinis.....	14
2.2.6 Faktor-faktor Risiko	15
2.2.7 Penatalaksanaan.....	18
2.2.8 Pencegahan Stroke.....	19
2.2.9 Penatalaksanaan Konsep Perawatan Lansia di Panti.....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.3.1 Pengkajian	24
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.3.3 Rencana Keperawatan	27
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	30
2.3.5 Evaluasi	31

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan.....	32
3.2 Subyek Penelitian	32
3.3 Batasan Istilah.....	32
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	33
3.5 Prosedur Penelitian	33

3.6 Metode dan Instrument Pengumpulan Data	33
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	33
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	34
3.7 Keabsahan Data	34
3.8 Analisis Data.....	35

BAB 4: HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	37
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	37
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	38
1) Pengkajian.....	38
2) Diagnosa Keperawatan	55
3) Intervensi Keperawatan	57
4) Implementasi Keperawatan.....	59
5) Evaluasi Keperawatan.....	63
4.2 Pembahasan.....	85

BAB 5: KESEIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	91
5.2 Saran	93

Daftar Pustaka

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	27
Tabel 4.1	38
Tabel 4.2	54
Tabel 4.3	56
Tabel 4.4	58
Tabel 4.5	60
Tabel 4.6	62
Tabel 4.7	69



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Mengadakan Penelitian.
- Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden.
- Lampiran 3 Surat Balasan dari Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.
- Lampiran 4 Standar Oprasional prosedur dan leaflet.
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi.



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang di kategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan (WHO, 2010). Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian, penyakit Stroke salah satu penyakit yang sering di derita pada lansia.

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah pada daerah otak yang terjadi pada siapa pun dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling menyebabkan kecatatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, dan daya ingat sebagai dari akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2012).

Stroke menduduki urutan kedua penyebab kematian di dunia setelah Penyakit Jantung Iskemik. Terdapat sekitar 15 juta orang menderita Stroke setiap tahun. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang permanen.

Dampak Stroke tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga oleh keluarga dan masyarakat disekitar. Kejadian Stroke semakin meningkat diberbagai negara berkembang, termasuk Indonesia (WHO, 2013).

Menurut *American Heart Assosiation* (AHA, 2015) angka kejadian Stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya Stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1,9%. Seseorang pada usia 60-79 tahun yang menderita Stroke pada perempuan 5,2% dan laki-laki sekitar 6,1%.

Prevalansi Stroke pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambah setiap tahunnya dapat dilihat dari usia 80 tahun ke atas dengan angka kejadian Stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan pada perempuan sebanyak 14%. Prevalensi angka kematian yang terjadi di Amerika disebabkan oleh Stroke dengan populasi 100.000 pada perempuan sebanyak 27,9% dan pada laki-laki sebanyak 25,8% sedangkan di negara Asia angka kematian yang disebabkan oleh Stroke pada perempuan sebanyak 30% dan pada laki-laki 33,5% per 100.000 populasi (AHA, 2015).

Angka pengidap penyakit stroke meningkat berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyebutkan penyakit tidak menular di Indonesia meningkat dibandingkan pada tahun 2013. Peningkatan pengidap penyakit Kanker, Stroke, Ginjal Kronik, Diabetes, dan Hipertensi naik secara signifikan. Jika dibandingkan dengan hasil riset pada tahun 2013, prevalensi pengidap Stroke meningkat dari 7% menjadi 10,9%. Di Indonesia

usia penderita stroke umumnya berkisar pada usia 45 tahun ke atas. Terdapat kira-kira 2 juta orang penderita stroke yang bertahan hidup dalam kondisi cacat. Angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dalam 1 tahun diantara 100.000 penduduk. Prevalensi pengidap stroke di Kalimantan Timur menduduki peringkat pertama di Indonesia dengan angka kejadian 14,7% (Kemenkes, 2018).

Menurut data dari kegiatan praktek mahasiswa Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda pada bulan November 2018 terdapat 84 lansia yang tinggal dipanti tersebut dengan usia lebih dari 60 tahun. Dari 84 lansia terdapat 8 orang yang menderita penyakit Stroke, yaitu 2 orang lansia dengan jenis kelamin perempuan dan, 6 orang lansia dengan jenis kelamin laki-laki.

Perawatan yang dapat dilakukan kepada klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik adalah berobat secara teratur ke dokter atau klinik, jangan mengubah atau menghentikan dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter. Lakukan latihan fisik atau ROM untuk mengembalikan kekuatan otot dan sendi, bantu kebutuhan klien, motivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik, Periksa tekanan darah secara teratur (Batticaca, 2012).

Berdasarkan kebijakan Kementerian Kesehatan RI dan pihak-pihak lain diatas yang telah merencanakan beberapa program untuk menurunkan angka kejadian Stroke di Indonesia terutama di Kalimantan Timur, maka seorang perawat tentunya memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan program kesehatan tersebut kepada klien dengan pendekatan Promotif, Preventif,

Kuratif dan Rehabilitatif. Dengan ini, penulis ingin memperoleh pengalaman dan memperdalam pengetahuan tentang kasus Stroke Non Hemoragik melalui desain studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Klien Lansia Dengan Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Diperolehnya gambaran Asuhan Keperawatan klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

1.3.2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penulisan ini adalah diperolehnya gambaran Asuhan Keperawatan klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda, meliputi :

- 1) Pengkajian Keperawatan (data obyektif dan subyektif).
- 2) Diagnosa Keperawatan.
- 3) Rencana Keperawatan (tujuan dan tindakan).
- 4) Implementasi Keperawatan.
- 5) Evaluasi.

1.4. Manfaat

1) Bagi Penulis

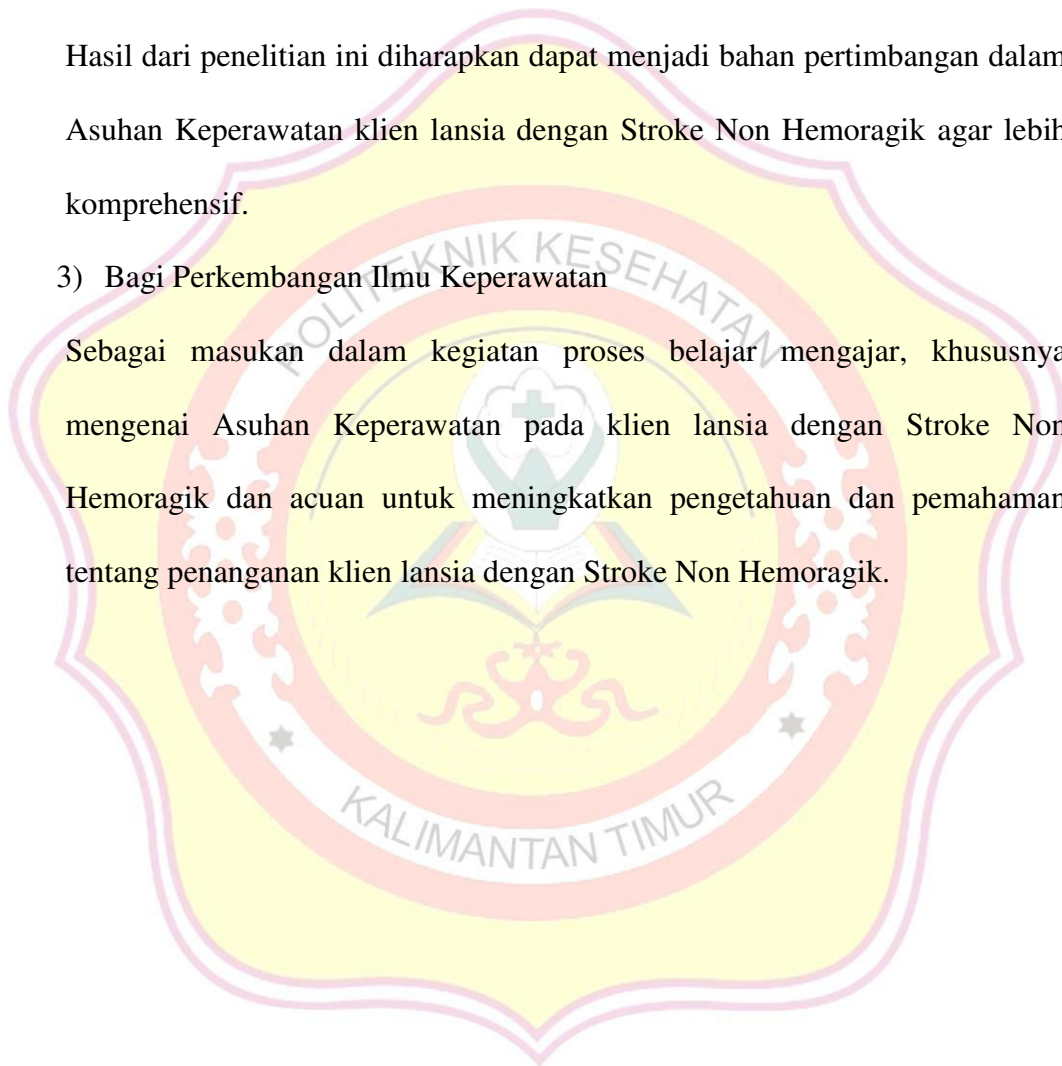
Dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam penanganan klien lansia dengan Stroke.

2) Bagi Tempat Penulis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam Asuhan Keperawatan klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik agar lebih komprehensif.

3) Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar, khususnya mengenai Asuhan Keperawatan pada klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik dan acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang penanganan klien lansia dengan Stroke Non Hemoragik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Lansia

2.1.1. Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang di kategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan (WHO, 2010).

2.1.2. Batasan Usia Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2010) ada beberapa batasan umur lansia, yaitu:

- 1) Usia pertengahan (middle age) : 45-59 tahun.
- 2) Usia lanjut (fiderly) : 60-74 tahun.
- 3) Lansia tua (old) : 75-90 tahun
- 4) Lansia sangat tua (very old) : > 90 tahun.

Berbeda dengan WHO, menurut Departemen Kesehatan RI (2013) pengelompokkan lansia menjadi :

- 1) Virilitas (*prasenium*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun).
- 2) Usia lanjut dini (*senescen*) yaitu kelompok yang lain mulai memasuki usia lanjut dini (usia 60-64 tahun).

- 3) Lansia yang berisiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif (usia > 65 tahun).

2.1.3. Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lansia ada lima adalah:

- 1) Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- 2) Lansia sesorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Lansia berisiko tinggi, seseorang yang berisiko 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Lansia potensial, lansia yang mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari.
- 5) Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4. Masalah-masalah Kesehatan pada Lansia

Masalah-masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia akibat perubahan sistem, antara lain:

- 1) Lansia dengan masalah kesehatan pada Sistem Pernafasan, antara lain : Penyakit Paru, Obstruksi Kronik, Tuberculosis, Influenza dan Pneumonia.
- 2) Lansia dengan masalah kesehatan pada sistem Kardiovaskuler, antara lain : Stroke, Hipertensi, Penyakit Jantung Kroner.

2.2. Konsep Dasar Medis

2.2.1. Definisi Stroke

Stroke merupakan sebagai gangguan fungsi sistem saraf terjadi secara mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke terjadi akibat gangguan pembuluh darah di otak (Junaidi, 2011). Gangguan peredaran darah otak dapat seperti tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapatkan pasokan oksigen dan makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan mengakibatkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala Stroke (Pinzon, Asanti, 2010).

Stroke adalah gangguan dalam sirkulasi intraserebral yang berkaitan dengan trombotik, emboli, atau perdarahan. Stroke Non Hemoragik adalah proses terjadinya iskemia yang diakibatkan oleh emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah beristirahat lama, baru bangun tidur atau tidak ada terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang bisa menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Widagdo, dkk, 2013).

Stroke adalah sindrom klinis yang timbulnya mendadak, progresif cepat dan berlangsung 24 jam atau lebih. Keadaan yang ditimbulkan karena terjadi gangguan peredaran darah di otak sehingga menyebabkan kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

Stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu Stroke Non Hemoragik dan Stroke Hemoragik. Stroke Non Hemoragik sebagian besar merupakan komplikasi dari penyakit Vascular, ditandai dengan gejala penurunan tekanan darah yang mendadak, takikardia, pucat, dan pernafasan yang tidak teratur (Ariani, 2012). Sementara Stroke Hemoragik umumnya disebabkan oleh adanya perdarahan intracranial dengan gejala peningkatan tekanan darah systole > 200 mmHg pada hipertonic dan 180 mmHg pada nonmotonic, wajah keunguan, sianosis (Batticaca, Faransisca B, 2012).

2.2.2. Etiologi

1) Trombosis serebral

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum dari Stroke. Tanda-tanda thrombosis serebral bermacam-macam misalnya seperti, sakit kepala adalah serangan yang tidak umum. Beberapa klien dapat mengalami pusing, perubahan koognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami serangan yang tidak bisa dibedakan dari hemoragik intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum thrombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau kesemutan pada setengah tubuh dapat mendahului serangan paralisis berat pada beberapa jam atau hari (Ariani, 2012).

2) Embolisme serebral

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga dapat merusak sirkulasi serebral. Serangan himeparesis atau hemiplegia

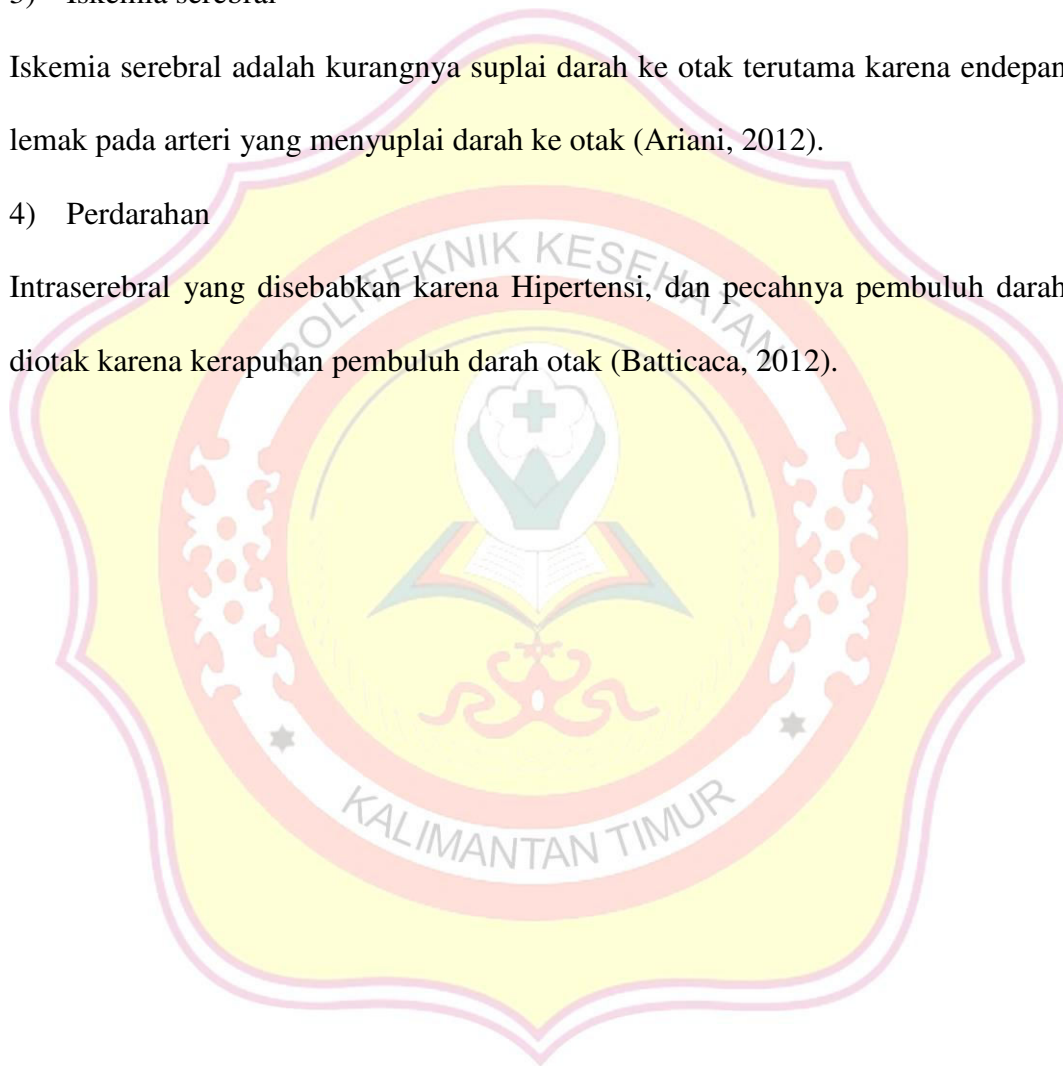
tiba-tiba dengan gangguan fungsi bicara akibat kelainan otak, kehilangan kesadaran pada klien dengan penyakit Jantung atau Pulmonal, atau tanpa gangguan fungsi bicara akibat kelainan otak. Adalah karakteristik dari embolisme serebral (Ariani, 2012).

3) Iskemia serebral

Iskemia serebral adalah kurangnya suplai darah ke otak terutama karena endapan lemak pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Ariani, 2012).

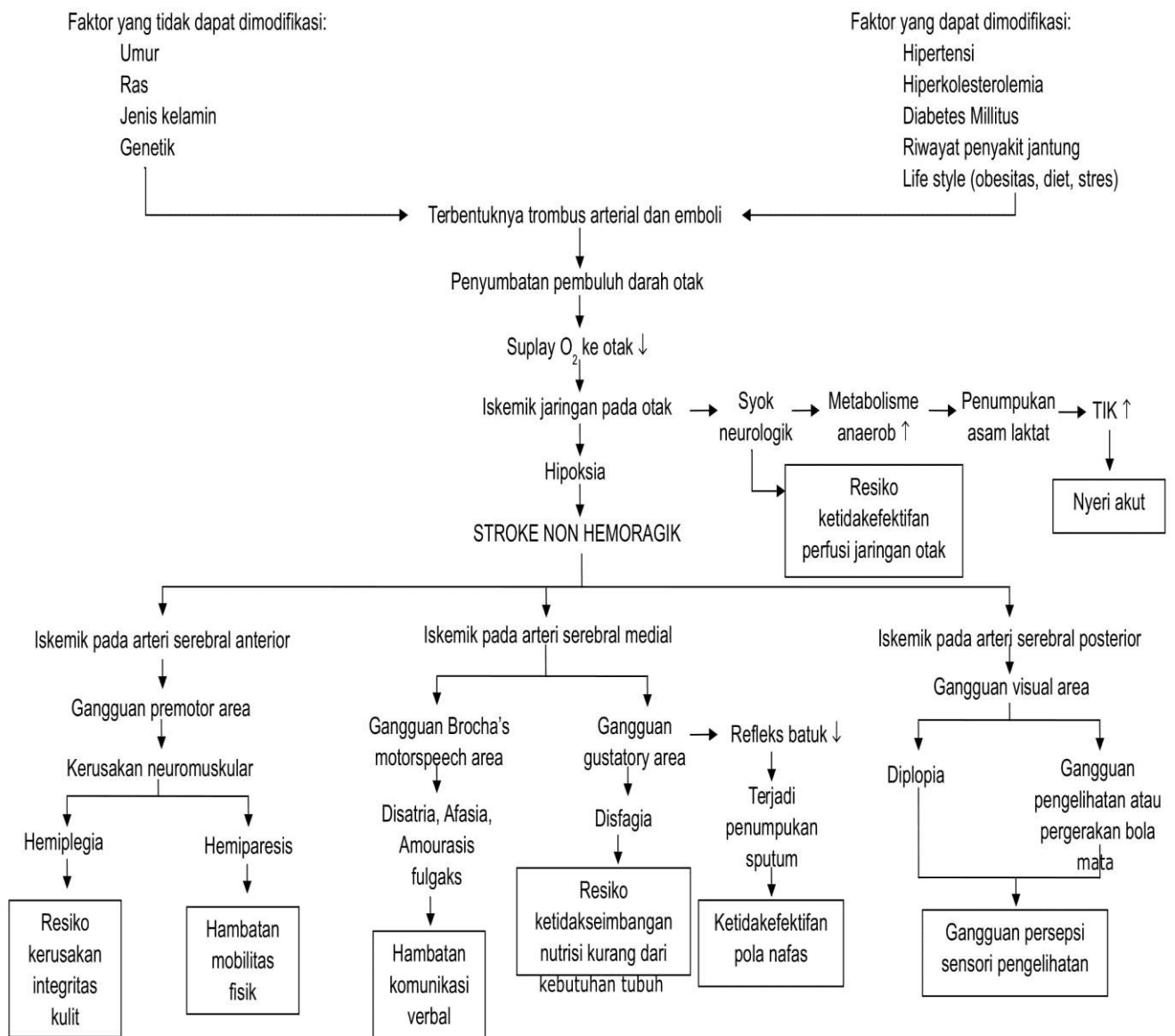
4) Perdarahan

Intraserebral yang disebabkan karena Hipertensi, dan pecahnya pembuluh darah diotak karena kerapuhan pembuluh darah otak (Batticaca, 2012).



2.2.3. pathway

PATHWAY STROKE NON HEMORAGIK



2.2.4. Patofisiologi

Terbentuknya trombus arterial & emboli dapat disebabkan oleh beberapa faktor-faktor yang dapat diubah misalnya hipertensi, hiperkolesterolemia, Diabetes Melitus, riwayat penyakit jantung, dan gaya hidup. Adapun faktor-faktor yang tidak dapat diubah seperti umur, ras, jenis kelamin, dan genetik. Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik jaringan pada otak menyebabkan syok neurologik yang dapat meningkatkan metabolisme anaerob sehingga terjadi penumpukan asam laktat dan mengakibatkan tekanan intrakranial meningkat yang akhirnya menimbulkan masalah keperawatan nyeri akut.

Kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron yang juga menyebabkan syok neurologi sehingga muncul masalah keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bahkan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak. Daerah otak yang dapat terjadi iskemik meliputi 3 bagian yaitu pada arteri serebral anterior, arteri serebral medial, dan arteri serebral posterior. Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna.

Terjadinya gangguan premotor area yang mengenai arterial serebral anterior dapat menyebabkan kerusakan neuromuskular yang kemudian dapat menimbulkan manifestasi hemiplegia dan hemiparese. Hemiplegia (kelumpuhan) yang terjadi akan menimbulkan resiko kerusakan integritas kulit. Sedangkan hemiparese (kelemahan) yang terjadi pada klien menyebabkan aktivitas mandiri menjadi terhambat dan muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Brocha's motorspeech area adalah bagian dari otak yang berperan pada proses bahasa, serta kemampuan pemahaman berbicara. Iskemik yang terjadi pada arterial serebral medial menyebabkan gangguan pada *Brocha's area* dan mengakibatkan kelainan pada sistem saraf yang mempengaruhi otot untuk berbicara yang disebut dengan disartria dan atau afasia, namun afasia dapat juga mempengaruhi kemampuan menulis penderitanya. Penurunan kemampuan berbicara yang terjadi pada klien memunculkan masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal. Iskemik yang terjadi pada arterial serebral medial juga mengakibatkan gangguan pengintegrasian sensasi pengecap (*Gustatory area*) yang kemudian menyebabkan disfagia oral yang selanjutnya menimbulkan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Iskemik pada arterial serebral posterior menyebabkan terjadinya gangguan pada visual area pada otak. Kerusakan saraf dapat menyebabkan diplopia binokuler (penglihatan ganda) yang selanjutnya menimbulkan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori penglihatan.

2.2.5. Manifestasi Klinik

1) Defisit lapang penglihatan.

Kehilangan setengah lapang penglihatan, Kehilangan penglihatan perifer, Kesulitan melihat pada malam hari, tidak mengenali objek atau batas objek, dan Diplopia (Penglihatan ganda).

2) Defisit motorik

(1) Hemiparesis

Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).

(2) Ataksia

Berjalan tidak tegak, Tidak mampu menyatukan kaki, perlu bantuan untuk berdiri.

(2) Disartria

Kesulitan dalam berbicara, seperti bicara pelo atau cadel.

3) Defisit verbal

(1) Afasia ekspresif ★

Tidak mampu membentuk kata yang dapat dimengerti, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.

(2) Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tapi tidak masuk akal.

(3) Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.

4) Defisit kognitif

Penderita Stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

5) Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, emosi labil, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, serta perasaan isolasi.

2.2.6. Faktor-Faktor Risiko

Semua faktor yang menentukan timbulnya manifestasi stroke dikenal sebagai faktor risiko Stroke (Ariani, 2012) Adapun faktor-faktor tersebut antara lain sebagai berikut:

1) Hipertensi.

Hipertensi merupakan faktor risiko Stroke yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbul lah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel – sel otak akan mengalami kematian.

2) Diabetes melitus.

Diabetes melitus dapat menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter

pembuluh darah yang tadi dan penyempitan tersebut akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak.

3) Penyakit jantung.

Berbagai penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan Stroke. Faktor risiko ini akan menimbulkan hambatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan sel yang sudah mati ke dalam aliran darah.

4) Gangguan aliran darah otak sepiintas.

Pada umumnya bentuk-bentuk gejalanya adalah hemiparesis, disartria, kelumpuhan otot-otot mulut atau pipi, kebutaan mendadak, hemiparestesi, dan afasia.

5) Hiperkolesterolemi.

Meningkatnya angka kolesterol dalam darah, terutama *low density lipoprotein* (LDL), merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya arteriosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah).

6) Infeksi.

Penyakit infeksi yang mampu berperan sebagai faktor risiko Stroke adalah Tuberculosis, Malaria, Lues (sifilis), dan infeksi cacing.

7) Obesitas.

Seseorang dengan berat badan berlebih memiliki risiko yang tinggi untuk menderita Stroke. Bahwa seseorang dengan indeks massa tubuh ≥ 30 memiliki risiko Stroke 2,46 kali dibanding yang memiliki Indeks Massa Tubuh < 30 .

8) Merokok.

Berbagai peneliti menghubungkan kebiasaan merokok dengan peningkatan risiko penyakit pembuluh darah termasuk Stroke. Merokok memicu peningkatan kekentalan darah, pengerasan dinding pembuluh darah, dan penimbunan plak di dinding pembuluh darah.

9) Kelainan pembuluh darah otak.

Pembuluh darah otak yang tidak normal di mana suatu saat akan pecah dan menimbulkan perdarahan.

10) Usia.

Semakin tua umur seseorang akan semakin mudah terkena Stroke, dan Stroke dapat terjadi pada semua usia. Namun lebih dari 70% kasus stroke terjadi pada usia di atas 65 tahun.

11) Jenis kelamin.

Laki- laki lebih mudah terkena Stroke, hal ini dikarenakan lebih tingginya angka kejadian faktor risiko Stroke misalnya hipertensi pada laki-laki.

12) Keturunan.

Risiko Stroke meningkat pada seseorang dengan riwayat keluarga Stroke. Seseorang dengan riwayat stroke lebih cenderung menderita Diabetes Melitus dan Hipertensi. Hal ini mendukung hipotesis bahwa peningkatan kejadian Stroke adalah akibat diturunkannya faktor risiko Stroke.

2.2.7. Penatalaksanaan

2.2.7.1. Penatalaksanaan Umum

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan umum ini meliputi memperbaiki jalan nafas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan klien, menaikkan atau elevasi kepala klien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intracranial, atasi syok, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intracranial dan melakukan pemeriksaan menggunakan *Computerized Tomography* untuk mendapat kan lesi dan pilihan pengobatan (Affandi & Reggy, 2016).

Berdasarkan perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2011) penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada klien Stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada klien Stroke dilakukan dengan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada klien Stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada klien Strokr yang di sertai demam.

2.2.7.2. Pentalaksanaan Farmakologi

Pentalaksanaan farmakologi yang dapat digunakan untuk klien Stroke yaitu, aspirin, pemberian aspirin telah menunjukkan dapat menurunkan risiko terjadinya Stroke iskemik berulang, tidak adanya risiko utama dari komplikasi hemoragik awal, dan meningkatkan hasil terapi jangka panjang (sampai dengan 6 bulan

tindakan lanjutan). Pemberian aspirin harus diberikan paling cepat 24 jam setelah terapi trombolik. Klien yang tidak menerima trombolisis, penggunaan aspirin harus dimulai dengan segera dalam waktu 48 jam dari serangan gejala (National Medicines Information Center, 2011).

2.2.7.3. Tindakan Bedah

Penatalaksanaan Stroke yang bisa dilakukan yaitu dengan pengobatan pembedahan yang tujuan utamanya yaitu memperbaiki aliran darah serebri contohnya *Endosterektomi Karotis* (membentuk kemabali arteri karotis), revaskularisasi, dan ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma (Muttaqin, 2008). Tindakan bedah lainnya yaitu *decompressive surgery*. Tindakan ini dilakukan untuk menghilangkan heamatoma dan meringankan atau menurunkan tekanan intra kranial. Tindakan ini menunjukkan peningkatan hasil pada beberapa kasus, terutama untuk Stroke pada lokasi tertentu (contohnya *cerebellum*) dan atau pada klien Stroke yang lebih muda (< 60 tahun) (National Medicines Information Center, 2011).

2.2.8. Pencegahan Stroke

Ada beberapa cara untuk mencegah Stroke menurut (Batticaca, 2012). Meliputi:

- 1) Hindari merokok, kopi, dan alkohol.
- 2) Usahankan untuk mempertahankan kan berat badan ideal (cegah kegemukan).
- 3) Batasi intake garam bagi penderita Hipertensi.
- 4) Batasi makanan berkolesterol dan lemak (daging, durian, alpukat, keju, dan lainnya).

- 5) Pertahankan diet gizi seimbang, banyak mengkonsumsi buah dan sayuran.
- 6) Olahraga yang teratur.

2.2.9. Penatalaksanaan Konsep Perawatan Lansia di panti

1) Tujuan dan Fungsi Pelayanan

Tujuan pedoman pelayanan ini adalah memberi arah dan memudahkan petugas dalam memberikan pelayanan sosial, kesehatan, dan perawatan lanjut usia di panti sosial tresna werdha, serta meningkatkan mutu pelayanan bagi lanjut usia. Tujuan pelayanannya adalah:

- (1) Terpenuhinya kebutuhan lansia yang mencakup biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.
- (2) Memperpanjang usia harapan hidup dan masa produktivitas lansia.
- (3) Terwujudnya kesejahteraan sosial lansia yang diliputi rasa tenang, tentram, bahagia, dan mendekatkan diri kepada Tuhan yang Maha Esa. ★

2) Kebutuhan dan Tindakan

Dengan memperhatikan keanekaragaman latar belakang biopsikososial dan spiritual lanjut usia, kebutuhan dan tindakan dalam pelayanan untuk lanjut usia, kebutuhan dan tindakan dalam pelayanan untuk lanjut usia dapat diidentifikasi. Dalam tindakan ini, petugas berkewajiban memotivasi, mengarahkan, mengajarkan, dan membantu melaksanakan kegiatan keagamaan lanjut usia.

(1) Kebutuhan Biologis

Seperti, Makan dan minum, pakaian, tempat tinggal, olahraga, istirahat/tidur.

(2) Kebutuhan Psikologis

Seperti, Sering marah, rasa aman dan tenang, ketergantungan, sedih dan kecewa, kesepian, kebutuhan Sosial, aktivitas yang bermanfaat, kesulitan menyesuaikan diri, kesulitan berhubungan dengan orang lain, bersosialisasi dengan sesama lansia, kunjungan keluarga, rekreasi/hiburan (di dalam dan di luar panti), mengikuti pendidikan usia ketiga, tabungan atau simpanan bagi lansia yang berpenghasilan.

4) Kebutuhan Spiritual

Seperti, bimbingan kerohanian dan akhir hayat yang bermartabat.

3) Pelaksanaan Kegiatan Pembinaan Kesehatan Lansia

(1) Upaya Promotif

Untuk menggairahkan semangat hidup dan meningkatkan derajat kesehatan lansia agar tetap berguna, baik bagi dirinya, keluarga, maupun masyarakat. Kegiatan tersebut dapat berupa, Penyuluhan, demonstrasi dan pelatihan bagi petugas panti mengenai hal hal berikut, masalah gizi dan diet, perawatan dasar kesehatan, keperawatan dasar darurat, mengenal kasus gangguan jiwa, olahraga, teknik teknik berkomunikasi, bimbingan rohani. Pembinaan mental dan ceramah keagamaan, pembinaan dan pengembangan kegemaran pada lansia di panti, Rekreasi, Kegiatan lomba antar lansia di dalam panti atau antar panti, Penyebarluasan informasi tentang kesehatan lansia di panti maupun masyarakat luas melalui berbagai macam media.

(2) Upaya Preventif

Pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya penyakit yang di sebabkan oleh proses penuaan dan komplikasinya. Kegiatannya dapat berupa kegiatan berikut, Pemeriksaan berkala yang dapat dilakukan dipanti oleh petugas kesehatan yang datang ke panti secara periodik atau di puskesmas dengan menggunakan KMS lansia, penjarangan penyakit pada lansia, baik oleh petugas kesehatan dipuskesmas maupun petugas panti yang telah di latih dalam pemeliharaan kesehatan lansia, pemantauan kesehatan oleh dirinya sendiri dengan bantuan petugas panti yang menggunakan buku catatan pribadi, melakukan olahraga secara teratur sesuai dengan kemampuan dan kondisi masing masing, mengelola diet dan makan lansia penghunipanti sesuai dengan kondisi kesehatannya masing masing, meningkatkan ketakwaan kepada tuhan yang maha esa, mengembangkan kegemarannya agar dapat mengisi waktu dan tetap produktif.

(3) Upaya Kuratif

Pengobatan bagi lansia oleh petugas kesehatan atau petugas panti yang terlatih sesuai kebutuhan. Kegiatan ini dapat berupa hal hal berikut, pelayanan kesehatan dasar di panti oleh petugas kesehatan atau petugas panti yang telah di latih melalui bimbingan dan pengawasan petugas kesehatan/puskesmas, pengobatan jalan di puskesmas, perawatan dietetic, perawatan kesehatan jiwa, perawatan kesehatan gigi dan mulut, perawatan kesehatan mata, perawatan kesehatan melalui kegiatan di puskesmas.

(4) Upaya Rehabilitatif

Untuk mempertahankan fungsi organ seoptimal mungkin. Kegiatan ini dapat berupa rehabilitasi mental, vokasional (keterampilan/kejujuran), dan kegiatan fisik. Kegiatan inidi lakukan oleh petugas kesehatan, petugas panti yang telah di latih dan berada dalam pengawasan dokter, atau ahlinya (perawat).



2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Post Stroke Non Hemoragik

2.3.1. Pengkajian

2.3.1.1. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, suku bangsa, dan penanggung jawab.

2) Riwayat keluarga

Meliputi gambaran silsilah (kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak). Gambarkan dengan genogram (tiga generasi).

3) Riwayat pekerjaan

Meliputi status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

4) Riwayat lingkungan hidup

Meliputi tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah tingkat, jumlah orang yang tinggal dirumah, derajat privasi, tetangga terdekat, dan alamat atau telpon.

5) Riwayat rekreasi

Meliputi hobby atau minat dari klien, keanggotaan organisasi klien, tempat liburan.

6) Sumber atau sistem pendukung

Meliputi dokter, perawat, rumah sakit/puskesmas/klinik, pelayanan kesehatan di rumah.

7) Deskripsi hari khusus kebiasaan ritual waktu tidur

8) Status kesehatan saat ini

Meliputi status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan utama yang dirasakan klien biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi. pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan, obat-obatan yang sering klien konsumsi, status imunisasi, nutrisi klien apakah ada pembatasan makan dan minum apakah ada masalah yang dapat mempengaruhi masukan makanan misal, kesulitan menelan, gangguan mobilisasi.

9) Status kesehatan masa lalu

Meliputi penyakit masa anak-anak yang pernah diderita, penyakit serius atau kronik yang di derita klien. Apakah klien pernah dirawat dirumah sakit, apakah klien pernah di operasi.

2.3.1.2. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran pada klien Stroke umumnya mengalami penurunan, kadang mengalami kesulitan berbicara misal, bahasanya susah untuk dimengerti, dan mungkin tidak bisa bicara. Dan tekanan darah meningkat.

2) Pemeriksaan integument

Jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Dan perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada klien yang bed rest 2-3 minggu.

3) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang di dapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur.

4) Pemeriksaan abdomen

Di dapatkan penurunan pristaltik usus akibat bed rest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

5) Pemeriksaan inguinal, genetalia,anus

Kadang terdapat inconentinenisia atau retensi urine.

6) Pemeriksaan ekstremitas

Sering di dapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

7) Pemeriksaan motorik dan sensorik.

Hampir selalu terjadi kelumpuhan atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, dan dapat terjadi hemihipestesi.

2.3.1.3. Pengkajian Status mental gerontik

1) Riwayat psikososial

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

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

1. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
2. (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
3. (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
4. (D.0085) Gangguan presepsi sensori b.d gangguan penglihatan.
5. (D.0139) Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilitas

2.3.3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana Keperawatan
(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan mobilitas fisik maksimal dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Klien meningkat dalam aktivitas fisik. - Mengerti tujuan dari peningkatan fisik. - ROM aktif/pasif meningkat. - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan 	NIC : Exercise therapy : ROM <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan. 1.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi. 1.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak. 1.4 Gunakan pakaian yang longgar. 1.5 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan

	mobilitas.	sesuai dengan indikasi. 1.6 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi. 1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.
(D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat berkomunikasi secara efektif dengan kriteria hasil: 1. Komuniiasi: penerimaan, intrepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat. 2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan social. 3. Mampu memperoleh, mengatur dan menggunakan informasi	NIC : Communication Enchancement : Speech Deficit 2.1. Observasi kemampuan klien berkomunikasi, memahami orang lain. 2.2. Pertahankan kontak mata dengan klien saat berkomunikasi. 2.3. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh. 2.4. Gunakan pertanyaan-pertanyaan yang dapat di jawab dengan “ya” atau “tidak” atau dengan isyarat tubuh. 2.5. Berikan respon

		kepada klien terhadap perilaku nonverbal.
(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari klien dapat merawat diri dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu. - Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu. - Mengungkapkan kepuasan dalam melakukan kegiatan sehari hari misalnya berpakaian, eliminasi. 	<p>NIC :</p> <p>Self Care Assistane : ADLs</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. 3.2. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas. 3.3. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri. 3.4. Menyediakan privasi selama ADLs dilakukan. 3.5. Bantu pasien untuk melakukan ADLs secara mandiri.

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2008).

Ada tiga tahap implementasi :

1) Fase orientasi

Fase orientasi terapeutik dimulai dari perkenalan klien pertama kalinya bertemu dengan perawat untuk melakukan validasi data diri.

2) Fase kerja

Fase kerja merupakan inti dari fase komunikasi terapeutik, dimana perawat mampu memberikan pelayanan dan Asuhan Keperawatan, maka dari itu perawat diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih mendalam tentang klien dan masalah kesehatannya.

1) Fase terminasi

Fase terminasi adalah fase yang terakhir, dimana perawat meninggalkan pesan yang dapat diterima oleh klien dengan tujuan, ketika dievaluasi nantinya klien sudah mampu mengikuti saran perawat yang diberikan, maka dikatakan berhasil dengan baik komunikasi terapeutik perawat – klien apabila ada umpan balik dari seseorang klien yang telah diberikan tindakan atau Asuhan Keperawatan yang sudah direncanakan.

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi Keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari semua tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi yang dilakukan penulis berdasarkan kondisi klien dan dibuat sesuai masalah yang ada dalam evaluasi yaitu dengan menggunakan SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, dan Perencanaan).



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Pendekatan (Desain Penulisan)

Jenis penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada klien lansia dengan post Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi, Pengkajian Keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan.

3.2. Subyek Penulisan

Subyek dalam penulisan ini adalah dua orang klien lansia dengan post Stroke Non Hemoragik di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda dengan kriteria subyek sebagai berikut :

- 1) Lansia yang kooperatif, bisa diajak komunikasi dan bisa bekerja sama.
- 2) Lansia dengan rentang usia 60-80 tahun.

3.3. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun atau lebih yang tidak dapat melakukan pemenuhan kebutuhan terhadap dirinya baik secara jasmani, rohani, maupun sosial. Lansia yang menjadi subjek untuk studi kasus ini bertempat tinggal di wisma Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

Klien yang diambil dalam studi kasus ini adalah klien yang mengalami Stroke Non Hemoragik. Stroke Non Hemoragik adalah gangguan fungsi saraf yang dapat menyebabkan kelemahan pada salah satu sisi ekstremitas dan bagian wajah.

3.4. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Penelitian studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Puri Samarinda selama 3-6 hari.

3.5. Prosedur Penulisan

Prosedur studi kasus diawali dengan penyusunan proposal penulisan dan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji proposal dan mendapatkan izin dari pihak Panti Sosial Tresna Werdha Puri Samarinda maka penulisan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data menggunakan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subyek penulisan.

3.6. Metode dan Instrument Pengumpulan Data

3.6.1. Teknik Pengumpulan Data

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi.

Observasi merupakan suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dua diantara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan (Sugiyono, 2012).

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara langsung kepada klien untuk mengetahui secara mendalam tentang masalah kesehatan klien.

Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan tubuh klien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk melakukan tanda klinis dari suatu penyakit.

Dokumentasi adalah metode pengumpulan data yang dilakukan setiap hari setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada klien, menggunakan format pengkajian pada klien Stroke.

3.6.2. Instrument Pengumpulan Data

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

3.7. Keabsahan Data

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

1) Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi

keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat alergi.

2) Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat dari catatan klien (perawatan dan rekam medis klien) yang merupakan penyakit dan perawatan klien di masa lalu dan masa sekarang.

3.8. Analisis data

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

1) Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta pendokumentasian. Hasil ditulis dalam buku catatan terstruktur. Pengumpulan data diperoleh dengan cara melakukan pengkajian, setelah itu menegakkan diagnosa keperawatan, melakukan perencanaan untuk mengatasi masalah yang muncul, melakukan tindakan serta melakukan evaluasi disetiap tindakan.

2) Pengolahan data

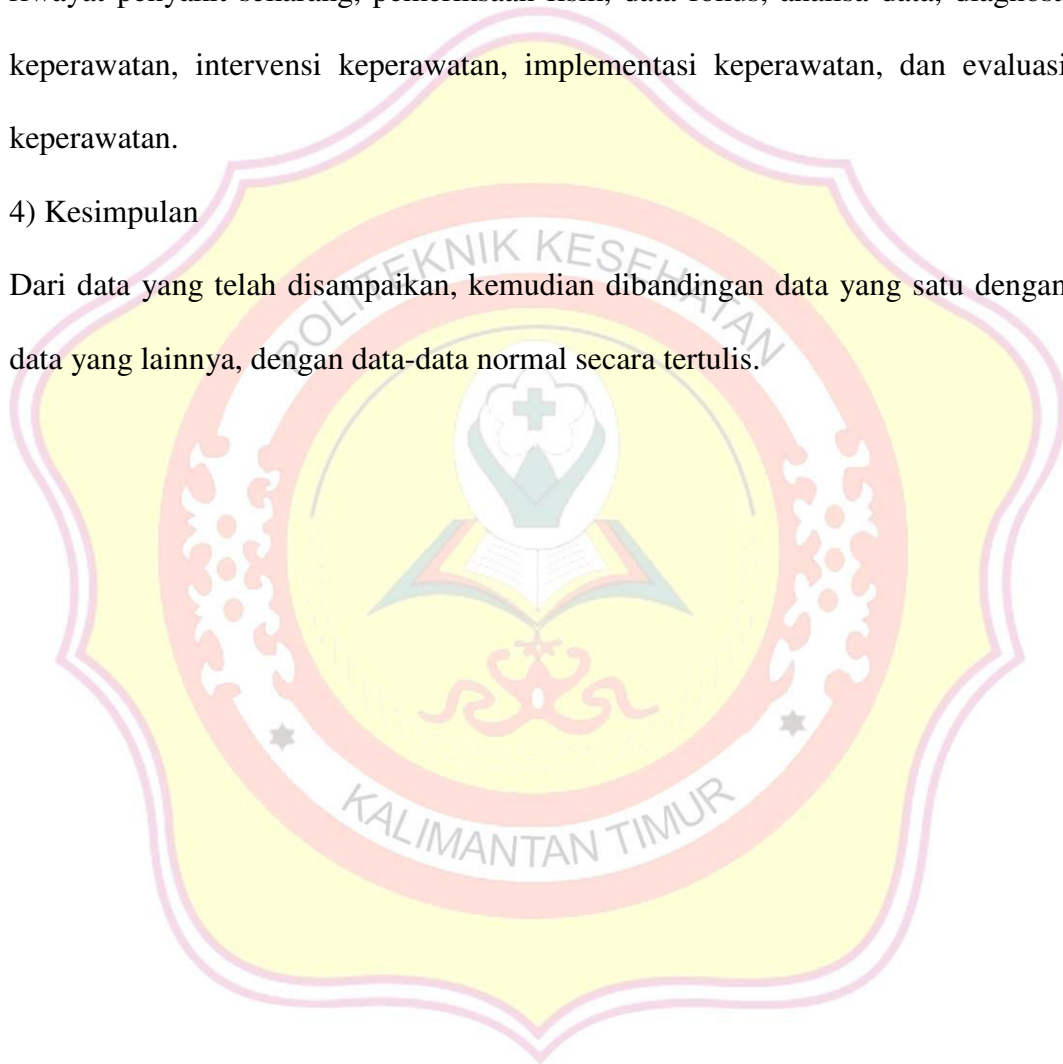
Data-data yang sudah terkumpul kemudian diklasifikasikan menjadi data subjektif dan data objektif berdasarkan data yang diperoleh di lapangan. Data subjektif yaitu data yang diperoleh dari pernyataan klien dan keluarga, sedangkan data objektif didapat dari observasi kepada klien, kemudian dibandingkan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

3) Penyajian data

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

4) Kesimpulan

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



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Puri yang terletak di jalan Mayjend Sutoyo Samarinda, tadinya merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Depsos RI seiring dengan Era Otonomi Daerah sesuai SK Gubernur Kaltim No. 16 tahun 2001 PSTW Nirwana Puri Samarinda menjadi unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) pemerintah Prov. Kaltim di bawah naungan Dinas social Prov. Kaltim hal ini juga diperkuat kembali dengan peraturan Gubernur Kaltim No.17 thn. 2009 Tentang Organisasi dan Tata Kerja UPTD pada Dinas Sosial Prov. Kaltim yang memberikan pelayanan Kesejahteraan Sosial kepada Lanjut Usia Terlantar.

UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda memiliki jumlah bangunan 37 dan SDM sebanyak 57 orang, serta dapat melayani jumlah klien 84 lansia sesuai dengan daya tampung yang ada. mempunyai luas area kurang lebih 22.850 M² serta dengan sarana dan prasarana yang Dalam pelaksanaannya untuk mencapai tujuan dan sarana selalu didasarkan pada peraturan yang ditetapkan oleh Pemerintah RI diantaranya Undang-Undang No. 13 thn 1998 tentang Kesejahteraan Sosial serta peraturan lainnya, sehingga pra lansia dapat menikmati sisa hidup yang tentram lahir dan batin serta melaksanakan fungsi sosialnya dengan baik.

Dalam studi kasus ini penulis melakukan Asuhan Keperawatan di Wisma Sakura dan Wisma Wijaya Kusuma. Tipe rumah permanen, lantai terbuat dari keramik didalam satu wisma terdiri dari 5 kamar termasuk kamar pengasuh. Satu kamar di tempati oleh 1 lansia atau 2 lansia dan ada dua kamar mandi dan satu dapur.

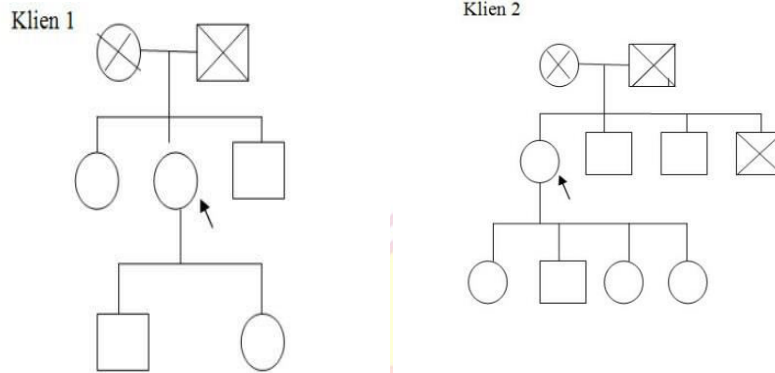
4.1.2. Data Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan



Tabel 4.1. Hasil Anamnesis Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Puri Samarinda 2019.

Identitas	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. Ku	Tn. Ka
Umur	79 tahun	74 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	konghucu	Islam
Pendidikan terakhir	Sarjana ekonomi	SMA
Pekerjaan sebelumnya	Pedagang	Swasta
Alamat sebelum dipanti	Jln. jelawat	Jln. kedondong
Tanggal masuk panti	25-05-2003	2009
Tanggal pengkajian	08-04-2019	08-04-2019
Kamar	1	2
Penanggung jawab	Anak	Saudara
Pekerjaan penanggung jawab	Tidak tahu	Tidak tahu
Sumber informasi	Anamnesis	Anamnesis

Riwayat keluarga



Keterangan :

-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Perempuan meninggal
-  = Laki-laki meninggal
-  = klien

Riwayat pekerjaan	Klien 1	Klien 2
Status pekerjaan saat ini	Tidak bekerja	Tidak bekerja
Pekerjaan sebelumnya	Pengusaha	Swasta
Sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan	Diberi oleh orang kantor dari panti	Diberi oleh orang kantor dari panti

Riwayat lingkungan hidup	Klien 1	Klien 2
Tipe tempat tinggal	Beton	Beton
Jumlah kamar	5	6
Jumlah tingkat	Tidak ada	Tidak ada

Jumlah orang yang tinggal di rumah	7 orang	7 orang
Derajat privasi	Memiliki masing-masing kamar untuk menjaga privasinya	Memiliki masing-masing kamar untuk menjaga privasinya
Tetangga terdekat	Sesama wisma	Sesama wisma
Alamat/telpon	Jln. Jelawat	Jln. Kedondong
Riwayat rekreasi	Klien 1	Klien 2
Hobi/minat	Duduk-duduk	Mendengarkan radio
Keaanggotaan organisasi liburan	Tidak ada Tidak pernah	Tidak ada Tidak pernah
Sumber/sistem pendukung	Klien 1	Klien 2
Dokter		
Perawat	√	√
Rumah sakit/puskesmas/klinik pelayanan kesehatan dirumah		
Lain-lain, sebutkan	Pengasuh wisma	Pengasuh wisma
Deskripsi hari khusus kebiasaan ritual waktu tidur	Klien 1	Klien 2
	Membersihkan diri	Membersihkan diri, berdoa sebelum tidur
Status Kesehatan Saat Ini	Klien 1	Klien 2
Status kesehatan umum selama setahun yang lalu	Tidak ada	Tidak ada
Kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu	Stroke	Stroke

Keluhan-keluhan utama	kesehatan	Kelemahan pada kaki kiri	Pusing dan kekakuan pada kaki kiri
Pengetahuan tentang penatalaksanaan kesehatann	tentang masalah	Tidak tahu	Tidak tahu

Obat-obatan	Klien 1	Klien 2
Nama obat	Amlodipine 5 mg/oral	Amlodipine 5 mg/oral
Bagaimana/kapan menggunakannya	1x sehari	1x sehari
Dokter yang menginstruksikan	yang	
Tanggal resep		

Status imunisasi	Klien 1	Klien 2
Tetanus, difteri	Belum pernah	Belum pernah
Influenza	Belum pernah	Belum pernah
Pneumoni	Belum pernah	Belum pernah
Alergi	Tidak ada alergi	Tidak ada alergi
Obat- obatan		
Makananan	Tidak ada alergi makanan	Tidak ada alergi makanan
Kontak substansi	Tidak pernah kontak langsung dengan penderita penyakit menular	Tidak pernah kontak langsung dengan penderita penyakit menular
Faktor-faktor lingkungan	Lingkungan klien bebas dari penyakit sistem imun	Lingkungan klien bebas dari penyakit sistem imun

Nutrisi	Klien 1	Klien 2
Diet, pembatasan makanan dan minuman	Makan dengan 1 porsi dan pembatasan makanan yang mengandung rendah garam	Makan dengan 1 porsi dan pembatasan makanan yang mengandung rendah garam
Riwayat peningkatan/penurunan berat badan	Ada Penurunan berat badan	Ada penurunan berat badan
Pola konsumsi makanan	Klien mampu makan dengan mandiri	Klien mampu makan dengan mandiri
Masalah-masalah yang mempengaruhi masukan makanan(misal: pendapatan tidak adekuat, kurang mobilisasi, masalah menelan/mengunyah, stress emosional).	Klien kesulitan untuk mengunyah ataupun menelan makanan	Klien kesulitan untuk mengunyah dan menelan makanan
Kebiasaan	Tidak ada	Tidak ada
Status kesehatan masa lalu	Klien 1	Klien 2
Penyakit masa anak-anak	Klien tidak mengingat	Klien tidak mengingat
Penyakit serius/kronik	Hipertensi	Hipertensi
Trauma	Tidak ada	Tidak ada
Perawatan dirumah sakit (alasan, tanggal, tempat, durasi, dokter)	Tidak pernah	Tidak pernah
Operasi (perhatikan, jenis, tanggal, alasan, dokter)	Tidak pernah	Tidak pernah

Pemeriksaan Fisik (tinjauan sistem)	Klien 1		Klien 2	
Umum	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Kelelahan	✓			✓
2. Perubahan nafsu makan	✓		✓	
3. Demam		✓		✓
4. Keringat malam		✓		✓
5. Kesulitan tidur		✓	✓	
6. Sering pilek, infeksi		✓		✓
7. Penilaian diri terhadap status kesehatan		✓		✓
8. Kemampuan untuk melakukan AKS	✓		✓	
Integument	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Pruritus		✓		✓
2. Perubahan pigmentasi		✓		✓
3. Perubahan tekstur		✓		✓
4. Sering memar		✓		✓
5. Perubahan rambut	✓		✓	
6. Perubahan kuku		✓		✓
7. Pemajanan lama terhadap matahari		✓		✓
8. Pola penyembuhan lesi, memar		✓		✓
Hemopoetik	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Perdarahan/memar abnormal		✓		✓
2. Pembengkakan kelenjar limfe		✓		✓
3. Anemia		✓		✓
4. Riwayat tranfusi darah		✓		✓

Kepala	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Sakit kepala	✓			✓
2. Trauma berarti pada masa lalu		✓		✓
3. Pusing	✓		✓	
4. Gatal kulit kepala		✓		✓

Mata	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Perubahan penglihatan	✓			✓
2. Kaca mata/ lensa kontak	✓			✓
3. Nyeri		✓		✓
4. Air mata berlebihan		✓		✓
5. Bengkak sekitar mata		✓		✓
6. Kabur	✓			✓
7. Foto phobia		✓		✓

Telinga	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Perubahan pendengaran		✓		✓
2. Tinitus		✓		✓
3. Vertigo		✓		✓
4. Sensitivitas pendengaran		✓		✓
5. Alat-alat protesa		✓		✓
6. Riwayat infeksi		✓		✓
7. Tanggal pemeriksaan paling akhir		✓		✓
8. Kebiasaan perawatan telinga		✓		✓
9. Dampak pada penampilan AKS		✓		✓

Hidung	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Rinorea		✓		✓
2. Rabas		✓		✓
3. Epistaksis		✓		✓
4. Obstruksi		✓		✓
5. Mendengkur		✓		✓
6. Nyeri pada sinus		✓		✓
7. Alergi		✓		✓
8. Riwayat infeksi		✓		✓
9. Penilaian diri pada kemampuan olfaktorius		✓		✓

Mulut dan tenggorokan	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Sakit tenggorokan		✓		✓
2. Ulkus/ lesi		✓		✓
3. Serak		✓		✓
4. Perubahan suara		✓		✓
5. Kesulitan menelan		✓		✓
6. Alat-alat protesa		✓		✓
7. Riwayat infeksi		✓		✓
8. Tanggal gigi paling akhir		✓		✓
9. Pola menggosok gigi		✓		✓
10.masalah dan kebiasaan membersihkan gigi palsu		✓		✓

Leher	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Kekakuan		✓		✓
2. Nyeri/ nyeri tekan		✓		✓
3. Benjolan/ massa		✓		✓

4. Keterbatasan gerak	✓	✓		
Payudara				
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Benjolan/massa		✓		✓
2. Nyeri/ nyeri tekan		✓		✓
3. Bengkak		✓		✓
4. Keluar cairan dari puting susu		✓		✓
5. Perubahan pada puting susu		✓		✓
6. Pola pemeriksaan payudara sendiri		✓		✓
7. Tanggal dan hasil mamografi paling akhir		✓		✓
Pernafasan				
	Ya	Tidak	Yah	Tidak
1. Batuk		✓		✓
2. Sesak nafas		✓		✓
3. Heopteses		✓		✓
4. Sputum		✓		✓
5. Mengi		✓		✓
6. Asma / alergi pernafasan		✓		✓
Kardiovaskuler				
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Nyeri / ketidaknyamanan dada		✓		✓
2. Palpitasi		✓		✓
3. Sesak nafas		✓		✓
4. Dispnea saat aktivitas		✓		✓
5. Dispnea nocturnal paoksimal		✓		✓
6. Ortopnea		✓		✓
7. Murmur		✓		✓

8. Edema	✓	✓
9. Varises	✓	✓
10. Kaki timpang	✓	✓
11. Parastesia	✓	✓
12. Perubahan warna kaki	✓	✓

Gastrointestinal	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Disfagia		✓		✓
2. Tak dapat mencerna		✓		✓
3. Nyeri ulu hati		✓		✓
4. Mual/ muntah		✓		✓
5. Hematemesis		✓		✓
6. Perubahan nafsu makan		✓		✓
7. Intoleran aktivitas		✓		✓
8. Ulkus		✓		✓
9. Nyeri		✓		✓
10. Ikterik		✓		✓
11. Benjolan/massa		✓		✓
12. Perubahan kebiasaan defekasi		✓		✓
13. Diare		✓		✓
14. Konstipasi		✓		✓
15. Melena		✓		✓
16. Hemoroid		✓		✓
17. Perdarahan rectum		✓		✓
18. Pola defekasi biasanya		✓		✓

Perkemihan	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Disuria		✓		✓
2. Menetes		✓		✓

3. Ragu-ragu	✓	✓
4. Dorongan	✓	✓
5. Hematuria	✓	✓
6. Poliuria	✓	✓
7. Oliguria	✓	✓
8. Nokturia	✓	✓
9. Inkontinensia	✓	✓
10. Nyeri saat berkemih	✓	✓
11. Batu	✓	✓
12. Infeksi	✓	✓

Muskolokeletal	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Nyeri persendian	✓			✓
2. Kekakuan	✓		✓	
3. Pembengkakan sendi		✓		✓
4. Deformitas		✓		✓
5. Spasme		✓		✓
6. Kram	✓		✓	
7. Kelemahan otot	✓		✓	
8. Masalah jalan cara berjalan	✓		✓	
9. Nyeri punggung		✓		✓
10. Protesa		✓		✓
11. Pola kebiasaan latihan/ olahraga		✓	✓	
12. Dampak pada penampilan AKS		✓		✓

Persyarafan	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Sakit kepala	✓			✓
2. Kejang		✓		✓
3. Serangan jantung		✓		✓

4. Paralisis	✓	✓	
5. Paresis	✓	✓	
6. Masalah kordinasi		✓	✓
7. Tic/tremor/spasme		✓	✓
8. Parastesis		✓	✓
9. Cedera kepala		✓	✓
10. Masalah memori		✓	✓

Endokrin	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Intoleran panas		✓		✓
2. Intoleran dingin		✓		✓
3. Goiter		✓		✓
4. Pigmentasi kulit/tekstur		✓		✓
5. Perubahan rambut	✓		✓	
6. Polifagia		✓		✓
7. Polidipsia		✓		✓
8. Poliuria		✓		✓

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi dan Barthel Indeks) Klien 1

NO	KRITERIA	BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1.	Makan	5	10 ✓	
2.	Minum	5	10 ✓	
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15 ✓	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0/	5	
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian,	5/	10	

	menyeka tubuh, menyiram)		
6.	Mandi	5	15 ✓
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓
8.	Naik turun tangga	5	10✓
9.	Mengenakan pakaian	5	10✓
10.	Kontrol Bowel (BAB)	5	10✓
11.	Kontrol Blader (BAK)	5	10✓
12.	Olahraga atau latihan	5	10✓
13.	Rekreasi atau pemanfaatan waktu luang	5	10✓
	TOTAL		80

Keterangan : Dari data diatas interpretasi klien mengalami ketergantungan sebagian

a. ≥ 130 : Mandiri

b. 65-125 : Ketergantungan sebagian

c. ≥ 60 : Ketergantungan total

Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi dan Barthel Indeks) Klien 2

NO	KRITERIA	BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1.	Makan	5	10 ✓	
2.	Minum	5	10 ✓	
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15 ✓	*
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0✓	5	
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5✓	10	
6.	Mandi	5	15 ✓	
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	
8.	Naik turun tangga	5	10✓	
9.	Mengenakan pakaian	5	10✓	
10.	Kontrol Bowel (BAB)	5	10✓	
11.	Kontrol Blader (BAK)	5	10✓	
12.	Olahraga atau latihan	5✓	10	
13.	Rekreasi atau pemanfaatan	5	10✓	

waktu luang
TOTAL

115

Keterangan: Dari data diatas interpretasi klien mengalami ketergantungan sebagian.

a. ≥ 130 : Mandiri

b. 65-125 : Ketergantungan sebagian

c. ≥ 60 : Ketergantungan total

Pengkajian Status Mental Gerontik

No	Pertanyaan	Klien 1		Klien 2	
		Benar	Salah	Benar	Salah
1.	Tanggal berapa hari ini ?		✓	✓	
2.	Hari apa sekarang ?		✓	✓	
3.	Apa nama tempat ini ?	✓		✓	
4.	Dimana alamat anda ?	✓		✓	
5.	Berapa umur anda ?	✓		✓	
6.	Kapan anda lahir ?		✓		✓
7.	Siapa presiden Indonesia sekarang ?	✓		✓	
8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	✓		✓	
9.	Siapa nama ibu anda ?	✓		✓	
10.	Kurangi 3 dari 20		✓	✓	

dan tetap				
pengurangan 3 dari				
setiap angka baru ,				
semua secara				
menurun				
Jumlah	6	4	9	1

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan Short Portabel Mental Status Questioner (SPMSQ)

Instruksi :

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar dan catat jawabanya :

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan

Interpretasi hasil :

- Salah 0-3 : Fungsi Intelektual Utuh
- Salah 4-5 : Kerusakan Intelektual Ringan
- Salah 6-8 : Kerusakan Intelektual Sedang
- Salah 9-10 : Kerusakan Intelektual Berat

Penilaian Risiko Klien Jatuh dengan Skala Morse

Faktor risiko	Skala	Skor		Standar
		Px1	Px2	
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya			25
	Tidak	0	0	0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya			15
	Tidak	0	0	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar	30		30
	Kruk, tongkat, walker		15	15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat			0
	Ya			20
Kemampuan berjalan	Tidak			0
	Gangguan (pincang/diseret)	20	20	20
Status mental	Lemah		10	10
	Normal/bedrest/immobilisasi			0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam			15
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0		0
Total skor		50	45	

Kesimpulan: kategori klien 1 dan 2 risiko jatuh

Risiko tinggi = ≥ 45

Sedang = 25-44

Rendah = 0-24

Parameter Status Nutrisi Klien

Parameter	Skor	Klien 1	Klien 2
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?		Ya	Ya
a. Tidak ada penurunan BB	0	Ada	Ada
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1		
c. jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2		
1-5 kg	1		√
6-10 kg	2	√	
11-15 kg	3		
>15 kg	4		
Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan			
a. ya	1	√	√
b. tidak	0	0	0
Total skor		3 ★	2

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

2) Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda 2019.

No Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
1	Senin/ 08 April 2019	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054) Ditandai dengan DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan tongkat. DO: - Terjadi penurunan kekuatan otot. $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ - Rentang gerak menurun. - klien mengalami ketergantungan sebagian. - Fisik terlihat lemah.	Senin/ 08 April 2019	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054) Ditandai dengan DS: - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan kruk. DO: - Terjadi penurunan kekuatan otot. $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ - Rentang gerak menurun. - Fisik terlihat lemah. - klien mengalami ketergantungan sebagian.
2	Senin/ 08 April 2019	(D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan Ditandai dengan: DS:- DO : - BB sebelum sakit 65kg,	Senin / 08 April 2019	(D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan Ditandai dengan: DS: - DO: - klien terlihat kesulitan

		<p>saat sakit 50 kg.</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien terlihat kesulitan menelan. 		<p>menelan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 75kg, saat sakit 70 kg. 								
3	Senin/ 08 April 2019	<p>Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D. 0111) Ditandai dengan DS: - Klien mengatakan lupa cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot.</p> <p>DO: - Klien bingung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nilai intelektual utuh - Klien banyak bertanya tentang dan latihan gerak. 	Senin/ 08 April 2019	<p>Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D.0111) Ditandai dengan DS: - Klien mengatakan pernah diberikan penyuluhan tentang penyakitnya namun klien lupa.</p> <p>DO: - Klien banyak bertanya tentang Stroke dan cara latihan kekuatan otot.</p> <ul style="list-style-type: none"> - kerusakan intelektual ringan. 								
4	Senin / 08/ April 2019	<p>Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143) Ditandai dengan DS:- DO: - Terjadi penurunan kekuatan otot.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penglihatan kabur - kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">2</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan klien yang tidak aman (lantai toilet licin). 	5	5	5	2	Senin/ 08 April 2019	<p>Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143) Ditandai dengan DS:- DO: - Terjadi penurunan kekuatan otot.</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">3</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">3</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering ke toilet -Lingkungan klien yang tidak aman (lantai licin). 	5	3	5	3
5	5											
5	2											
5	3											
5	3											

3) Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.3. Perencanaan Keperawatan pada Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda 2019.

Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Senin/ 08 April 2019	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan klien dapat melakukan aktifitas secara mandiri dengan Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Klien meningkat dalam aktivitas fisik. - Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. - Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker). 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan. 1.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi. 1.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak. 1.4 Gunakan pakaian yang longgar. 1.5 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 1.6 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi. 1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.
Senin 08 April 2019	Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan(D.0032)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x24 jam diharapkan risiko nutrisi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi alergi. 2.2 Monitor berat badan. 2.3 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. 2.4 Ajarkan diet yang di programkan.

		- Nafsu makan meningkat	2.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
Senin/ 08 April 2019	Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit, diharapkan klien dan pengasuh dapat mengetahui tentang penyakit yang diderita serta cara penatalaksanaan mandiri dengan Kriteria Hasil: - Klien dan pengasuh menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi dan penatalaksanaan mandiri. - Klien dan pengasuh mampu menjelaskan dan mempraktekkan kembali apa yang telah dijelaskan oleh perawat.	3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Sediakan materi dan leaflet. 3.2 Media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya.
Senin / 08 April 2019	Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam, diharapkan tidak terjadi jatuh dengan Kriteria hasil: - Perilaku pencegahan jatuh. -Tindakan individu/keluarga/pemberi Asuhan untuk meminimalkan faktor risiko yang dapat memicu jatuh dilingkungan individu. - Lingkungan yang aman (lantai yang tidak licin) dan penyediaan pegangan pada dinding .	4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif). 4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh. 4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.

4) Implementasi Keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Klien 1 dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda 2019.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 08 April 2019 Jam 09:00	1.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot.	1.2 Kekuatan otot 5 5 5 2
Jam 09:20	1.3 Menanyakan pada klien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak.	1.3 Klien mengatakan tidak nyeri saat bergerak.
Jam 09:40	1.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak.	1.1 Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri klien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif.
Jam 10:00	3.1 Menanyakan pada klien tentang pengetahuannya tentang penyakitnya dan penatalaksanaannya.	3.1 Klien mengatakan belum paham betul tentang penyebab penyakitnya.
Jam 10:10	3.3 Mengontrak klien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan.	3.3 Klien bersedia dan senang untuk diberikan pendidikan kesehatan.
Jam 10:30	4.2 Melihat faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.	4.2 Lantai terlihat licin.

<p>Hari 2 09 April 2019</p> <p>Jam 09:30</p> <p>Jam 10:00</p> <p>Jam 10:30</p> <p>Jam 11:00</p>	<p>1.5 Melatih gerakan pasif sesuai dengan indikasi.</p> <p>1.7 Memberikan penjelasan tujuan dan prosedur latihan</p> <p>1.3 Menanyakan pada klien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak.</p> <p>4.2 Melihat faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p>	<p>1.5 Klien kooperatif dan mengikuti latihan dengan baik.</p> <p>1.7 Klien mengerti tujuan dan prosedur latihan.</p> <p>1.3 Klien mengatakan tidak ada nyeri saat bergerak.</p> <p>4.2 Lingkungan aman.</p>
<p>Hari 3 10 April 2019</p> <p>Jam 09 : 10</p> <p>Jam 09:40</p> <p>Jam 10:00</p> <p>Jam 10:10</p> <p>Jam 10:30</p> <p>Jam 11 : 00</p>	<p>1.7 Menjelaskan pada klien tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif.</p> <p>1.5 Mempraktekkan dan membantu klien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif.</p> <p>1.6 Memberikan semangat pada klien pada saat dilakukannya latihan rentang gerak.</p> <p>2.1 Menanyakan apakah klien ada alergi makanan.</p> <p>3.2 Memberikan klien media berupa leaflet untuk membantu jika klien lupa dengan prosedur dari ROM.</p> <p>3.4 Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya seputar latihan.</p>	<p>1.7. Klien antusias mendengarkan penjelasan dari perawat.</p> <p>1.5 Klien kooperatif.</p> <p>1.6 Klien antusias saat latihan.</p> <p>2.1 Klien mengatakan tidak ada alergi makanan.</p> <p>3.2 Klien antusias diberikan leaflet materi latihan.</p> <p>3.4 Klien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes.</p>

Hari 4 11 April 2019 Jam 09:30	2.2 Menimbang berat badan klien.	2.2 BB klien 50 kg.
Jam 10:00	1.5 Melakukan latihan rentang gerak (ROM) pasif.	1.5 Klien kooperatif.
Jam 10:30	2.3 Memberikan makanan yang tinggi kalori dan protein.	2.3 Klien menghabiskan makanannya.

Tabel 4.5. Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda 2019.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 08 April 2019 Jam 11 : 00	1.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot.	1.2 Terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah sebelah kiri. kekuatan otot 5 3 5★ 3
Jam 11: 20	1.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak.	1.1 Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah sebelah kiri klien, maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif.
Jam 11 : 40	1.3 Menanyakan pada klien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak.	1.3 Klien mengatakan ada sedikit nyeri saat melakukan latihan.
Jam 12: 00	4.2 Melihat faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.	4.2 Lantai toilet licin yang mungkin dapat menyebabkan kan klien terpeleset.
Jam 12 : 10	3.1 Menanyakan pada klien tentang pengetahuannya tentang penyakitnya	3.1 Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit nya dan

	dan penatalaksanaannya	penyebabnya.
Jam 12 : 50	3.3 Mengontrak klien untuk jadwal dilakukan pendidikan kesehatan.	3.3 Klien sangat bersedia untuk menerima pendidikan kesehatan.
Hari 2 09 April 2019 Jam 11 : 00	1.7 Memberikan penjelasan tujuan dan prosedur latihan.	1.7 Klien sangat antusia mendengarkan penjelasan dari perawat.
Jam 11 : 10	1.5 Melatih gerakan pasif sesuai dengan indikasi.	1.5 Klien kooperatif.
Jam 11 : 55	1.3 Menanyakan pada klien apakah ada rasa tidak nyaman atau nyeri saat bergerak.	1.3 Klien mengatakan tidak ada nyeri saat bergerak.
Hari 3 10 April 2019 Jam 11 : 00	3.2 Memberikan klien media berupa leaflet untuk membantu jika klien lupa dengan prosedur dari ROM.	3.2 Klien antusias diberikan leaflet materi latihan.
Jam 11: 10	3.4 Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya seputar latihan.	3.4 Klien mengatakan sudah mengerti tentang latihan dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes.
Jam 11 : 40	1.7 Menjelaskan pada klien tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif.	1.7 Klien mengatakan mengerti tujuan dan prosedur dari ROM
Jam 12: 00	1.5 Mempraktekkan dan membantu klien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif.	1.5 Klien kooperatif.
Jam 12 : 10	2.2 Menimbang BB klien.	2.2 BB : 70 kg.
Hari 4 11 April 2019 Jam 11 : 00	2.1 Menanyakan kepada klien apakah ada alergi makanan.	2.1 Klien mengatakan tidak ada alergi makanan.

Jam 11 :10	2.3 Memberikan makanan yang tinggi kalori dan protein.	2.3 Klien menghabiskan setengah porsi makanan.
Jam 11 : 55	4.2 Melihat kondisi lingkungan (lantai toilet).	4.2 Lantai toilet tidak licin
Jam 12:00	1.5 Mempraktekkan dan membantu klien untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif.	1.5 Klien kooperatif.

5) Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan Klien 1 dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda 2019.

Hari ke	Diagnose Keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
Hari 1 Senin 08 April 2019	Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan tongkat dan kadang hanya berpegangan di dinding. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> - Rentan gerak menurun. <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p>	5	5	5	2
5	5					
5	2					

		<p>P : lanjutkan intrvensi</p> <p>1.2. identifikasi keterbatasan pegerakan sendi.</p> <p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 65 kg, saat sakit 50 kg. - klien terlihat kesulitan menelan. <p>A : Masalah keperawatan risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>

	<p>Dx 3 Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D. 0111)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lupa cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bingung. - Klien banyak bertanya tentang stroke dan ROM. <p>A: Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Sediakan materi dan leaflet.</p> <p>3.2 Media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya.</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50. 	5	5	5	2
5	5					
5	2					

		<p>- Lingkungan klien tidak aman (lantai toilet licin).</p> <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>				
<p>Hari 2 Selasa 09 April 2019</p>	<p>Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan tongkat dan kadang hanya berpegangan di dinding. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> - Rentan gerak menurun. 	5	5	5	2
5	5					
5	2					

		<p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intrvensi</p> <p>1.2. identifikasi keterbatasan pergerakan sendi.</p> <p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : -</p> <p>O : *</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien terlihat kesulitan menelan. - BB sebelum sakit 65 kg, saat sakit 50 kg. <p>A : Masalah keperawatan Risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>

	<p>Dx 3 Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D. 0111)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lupa cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot. - Klien mengatakan bersedia untuk dilakukannya latihan rentang gerak (ROM) pasif. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bingung <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.2 Media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya.</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O : *</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50. - lingkungan klien aman <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p>	5	5	5	2
5	5					
5	2					

		<p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>				
<p>Hari 3 Rabu 10 April 2019</p>	<p>Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan tongkat dan kadang hanya berpegangan di dinding. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">2</td> </tr> </table> - Rentan gerak menurun. <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intrvensi</p>	5	5	5	2
5	5					
5	2					

		<p>1.2. identifikasi keterbatasan pergerakan sendi.</p> <p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien terlihat kesulitan menelan. - - BB sebelum sakit 65 kg, saat sakit 50 kg. <p>A : Masalah keperawatan Risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>
	<p>Dx 3 Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D. 0111)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot.

		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat sering melatih kaki dan jari-jarinya secara mandiri. <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi.</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1052 808 1156 892"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50. - Lingkungan klien aman <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>	5	5	5	2
5	5					
5	2					

<p>Hari 4 Kamis 11 April 2019</p>	<p>Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan tongkat dan kadang hanya berpengangan di dinding. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentan gerak menurun. <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intrvensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2. identifikasi keterbatasan pegerakan sendi. 1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak. 1.4. gunakan pakaian yang longgar. 1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi. 1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi. 1.7. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan. 	5	5	5	2
5	5					
5	2					

	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 65 kg, saat sakit 50 kg. - Klien menghabiskan 1 porsi makanan. - klien terlihat kesulitan menelan. <p>A : Masalah keperawatan Risiko defisit nutrisi tidak terjadi. P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot menurun (D. 0143)</p>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pada penilaian skala morse klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 50. - Lingkungan klien aman (lantai tidak licin). <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p>	5	5	5	2
5	5					
5	2					

		<p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>
--	--	---

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan Klien 2 dengan Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda 2019.

Hari ke	Diagnose keperawatan	Evaluasi (SOAP)				
Hari 1 Senin 08 April 2019	Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit menggerakkan. ekstremitas sebelah kiri - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan kruk. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">3</td> </tr> </table> - Rentan gerak menurun. <p>A : Masalah gangguan</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

		<p>mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2. identifikasi keterbatasan pergerakan sendi.</p> <p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 75kg, saat sakit 70 kg. - klien terlihat kesulitan menelan. <p>A : Masalah Risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>

	<p>Dx 3 Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D.0111)</p>	<p>S : - Klien mengatakan pernah diberikan penyuluhan tentang penyakitnya namun klien lupa.</p> <p>O : - Klien banyak bertanya tentang stroke dan cara latihan kekuatan otot.</p> <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Sediakan materi dan leaflet.</p> <p>3.2 Media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya.</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O : - Terjadi penurunan kekuatan otot.</p> <p>- Kekuatan otot.</p> <table border="1" data-bbox="1047 1669 1177 1753"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>- Klien sering ke toilet.</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

		<p>- Lingkungan klien yang tidak aman (lantai licin).</p> <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>				
<p>Hari 2 Selasa 09 April 2019</p>	<p>Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan kruk. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentan gerak menurun. <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2. identifikasi keterbatasan pergerakan sendi.</p> <p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 75 kg, saat sakit 70 kg. - klien terlihat kesulitan menelan. <p>A : Masalah Risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>

	<p>Dx 3 Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D.0111)</p>	<p>S : - Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.</p> <p>O : - Klien banyak bertanya tentang stroke dan cara latihan kekuatan otot.</p> <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Sediakan materi dan leaflet.</p> <p>3.2 Media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya.</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O : - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="1057 1577 1175 1654"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>- Klien sering ke toilet.</p> <p>- Lingkungan klien yang tidak aman (lantai licin).</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

		<p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>				
<p>Hari 3 Rabu 10 April 2019</p>	<p>Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan kruk. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentan gerak menurun. - <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2. identifikasi keterbatasan pegerakan sendi.</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

		<p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 75 kg, saat sakit 70 kg. - klien terlihat kesulitan menelan. <p>A : Masalah Risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>
	<p>Dx 3 Defisit Pengetahuan b.d kurang mampu mengingat (D. 0111)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mengetahui cara latihan gerak untuk meningkatkan kekuatan otot.

		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat kadang-kadang melatih tangan dan jari-jarinya secara mandiri. <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan teratasi.</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan klien yang tidak aman (lantai licin). <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					
<p>Hari 4 Kamis 11 April 2019</p>	<p>Dx 1 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri. 				

		<p>- Klien mengatakan beraktifitas menggunakan kruk.</p> <p>O :</p> <p>- Terjadi penurunan kekuatan otot.</p> <p>- Kekuatan otot</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">5</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> </table> <p>- Rentan gerak menurun.</p> <p>-</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2. identifikasi keterbatasan pergerakan sendi.</p> <p>1.3. monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak.</p> <p>1.4. gunakan pakaian yang longgar.</p> <p>1.5. lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi.</p> <p>1.6. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi.</p> <p>1.7. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan.</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					
	<p>Dx 2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- BB : 70 kg</p> <p>- klien terlihat kesulitan</p>				

		<p>menelan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menghabiskan setengah porsi makanan. <p>A : Masalah Risiko defisit nutrisi tidak terjadi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi alergi.</p> <p>2.2 monitor berat badan.</p> <p>2.3 berikan makanan tinggi kalori dan protein.</p>				
	<p>Dx 4 Risiko Jatuh d.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (D. 0143)</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot. - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1047 1039 1177 1123"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan klien aman (lantai tidak licin). <p>A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi.</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh(mis. Usia > 65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif).</p> <p>4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>4.3. Atur tempat tidur</p>	5	3	5	3
5	3					
5	3					

		mekanis pada posisi terendah.
--	--	-------------------------------

4.2 Pembahasan

4.2.1 (D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang Sistem Muskuloskeletal ditemukan bahwa pada dua klien tersebut mengalami Kelemahan maupun Kelumpuhan pada Ekstremitas. Adapun ekstremitas yang bermasalah tergantung pada daerah otak mana yg terganggu. Terjadinya Hemiparese/ Hemiplegia pada klien Stroke disebabkan oleh Vasospasme Arteri Serebral (Nurarif dan Hardhi,2015).

Pada klien 1 Kelemahan Ekstremitas yang terjadi adalah pada bagian kiri dengan

nilai kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{2}$

Kelemahan Ekstremitas menyebabkan klien tidak bisa melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan alat bantuan seperti tongkat atau berpegangan di dinding.

Pada klien 2 Ekstremitas mengalami kelumpuhan pada bagian kiri dengan nilai

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

Gangguan mobilitas fisik dan terjadinya penurunan kekuatan otot menyebabkan klien jarang beraktifitas.

Oleh karena itu untuk meningkatkan nilai kekuatan otot klien, penulis menyusun Intervensi dan melakukan tindakan latihan rentang gerak secara pasif ditempat tidur. Selain untuk meningkatkan kekuatan otot, latihan rentang gerak juga memiliki tujuan untuk mencegah terjadinya kontraktur dan pemendekan struktur dari muskuloskeletal. Evaluasi yang didapat dari kedua klien adalah masih mengalami kelemahan dan aktivitas masih terbatas. dan klien 1 mampu melakukan rentang gerak secara mandiri dan sering melakukan rentang gerak, sedangkan klien 2 hanya kadang- kadang melakukan latihan rentang gerak.

Stroke adalah sindrom klinis yang timbulnya mendadak, progresif cepat dan berlangsung 24 jam atau lebih. Keadaan yang ditimbulkan karena terjadi gangguan peredaran darah di otak sehingga menyebabkan kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Ariani, 2012).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Irdawati, 2008, hlm 236). Memberikan perlakuan melatih rentang gerak (ROM) terhadap pasien Stroke dan melakukan pengukuran kekuatan otot pada pasien Stroke Hemiparase kanan dan Hemiparase kiri. Kekuatan otot sesudah terapi latihan gerak selama 2 kali sehari dalam 12 hari jauh lebih tinggi dari pada sebelum terapi, dalam arti terjadi kenaikan baik Hemiparase kanan maupun kiri.

Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada kedua klien karena adanya gangguan premotor area yang menimbulkan kerusakan neuromuscular sehingga terjadi kelemahan otot dan kelemahan pada ekstremitas klien tidak dapat tertatasi karena waktu perawatan hanya dilakukan selama 4 hari.

4.2.2 (D.0032) Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan Gangguan Menelan Makanan.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang nutrisi ditemukan bahwa pada dua klien tersebut mengalami penurunan berat badan dan klien terlihat kesulitan menelan.

Pada klien 1 mengalami penurunan berat badan 10 kg , berat awal 65 kg dan berat sekarang 50 kg. klien terlihat sulit menelan sehingga nafsu makan menurun menyebabkan berat badan klien menurun.

Pada klien 2 mengalami penurunan berat badan 5 kg dan berat awal 75 kg dan berat sekarang 70 kg.

Oleh karena itu untuk meningkatkan nutrisi dan berat badan klien , penulis menyusun intervensi dan melakukan tindakan memantau berat badan, memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein. Evaluasi yang didapatkan dari kedua klien adalah klien 1 mengatakan ada sedikit peningkatan nafsu makan, klien menghabiskan satu porsi makanan, berat badan klien tidak ada peningkatan. Sedangkan pada klien 2 mengatakan nafsu makan masih menurun, makanan yang diberikan tidak habis, klien 2 juga tidak mengalami peningkatan berat badan.

Menurut teori defisit nutrisi disebabkan karena Iskemik yang terjadi pada arterial serebral medial juga mengakibatkan gangguan pengintegrasian sensasi pengecap (*Gustatory area*) yang kemudian menyebabkan disfagia oral yang selanjutnya menimbulkan masalah Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa Risiko defisit nutrisi yang terjadi pada kedua klien karena adanya kesulitan menelan makanan dan penurunan nafsu makan sehingga timbul masalah.

4.2.3 (D.0111) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang mampu mengingat.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang pengetahuan klien mengenai penyakit dan penatalaksanaannya, ditemukan bahwa klien 1 sudah sedikit mengetahui mengenai penyakitnya namun tidak tahu bagaimana cara latihan agar ekstremitasnya bisa bergerak kembali. Selama dipanti klien 1 hanya mencoba menggerakkan perlahan ekstremitasnya tanpa bimbingan dari ahli medis.

Dan klien 2, tingkat pengetahuan mengenai penyakit dan penatalaksanaan klien sangat minim. Sehingga penulis menyusun intervensi dan melaksanakan tindakan pendidikan kesehatan tentang “ROM Pasif” pada klien 1 dan klien 2 dengan harapan agar terjadi peningkatan pengetahuan terkait penyakit dan penatalaksanaan yang harus dilakukan pada klien. Evaluasi yang didapat setelah melakukan pendidikan

kesehatan klien 1 dan klien 2 adalah klien sudah mengetahui cara latihan rentang gerak.

Menurut teori semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap pengetahuan yang didapat (Nursalam, dkk 2010 : 134).

Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa defisit pengetahuan yang terjadi pada kedua klien karena faktor usia klien dan tingkat pendidikan sehingga mengakibatkan informasi yang didapat kurang.

4.2.4 (D.0143) Risiko Jatuh dibuktikan dengan Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang Risiko Jatuh pada kedua klien ditemukan bahwa sesuai dengan skala morse, klien 1 mendapatkan skor 50 yang berarti kategori risiko jatuh tinggi. Lantai toilet yang licin dan kelemahan pada ekstremitas semakin meningkatkan risiko jatuh klien. Pada klien2, skor yang didapat dengan menggunakan skala morse adalah 45 yang juga berarti kategori risiko jatuh tinggi. Klien sering ke toilet dan lantai toilet licin dan klien mengalami kelemahan ekstremitas semakin meningkatkan risiko jatuh pada klien 2.

Oleh karena itu penulis menyusun intervensi dan melakukan tindakan pencegahan jatuh yang dengan diantaranya melibatkan pengasuh panti untuk ikut serta menjaga

keamanan lingkungan klien. Evaluasi yang didapat selama 4 hari perawatan klien 1 dan klien 2 tidak ada terjadi jatuh pada klien.

Menurut teori jatuh adalah kejadian yang tidak disadari dimana seseorang terjatuh dari tempat yang tinggi ke tempat yang rendah yang disebabkan oleh hilangnya kesadaran, Stroke, atau kelemahan otot. Usia tua akan mengalami penurunan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, sehingga fleksibilitas yang dimiliki akan semakin menurun dan menyebabkan risiko jatuh yang lebih besar. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Gupta, dkk (2016).

Menurut asumsi penulis bahwa diagnosa risiko jatuh yang terdapat pada kedua klien karena klien 1 dan klien 2 timbul karena usia tua dan sama sama mengalami kelemahan otot, klien 1 sering ke toilet, dan keadaan lingkungan kedua klien terlihat toilet licin sehingga dapat terjadi risiko jatuh pada kedua klien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan Asuhan Keperawatan pada Klien 1 dan Klien 2 dengan penyakit Post Stroke Non Hemoragik di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Puri Samarinda peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1) Pengkajian

Pengkajian adalah suatu upaya mengumpulkan data secara komprehensif dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada kasus Post Stroke Non Hemoragik perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan menyeluruh, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa. Hal-hal yang harus diperhatikan pada Klien Post Stroke Non Hemoragik yaitu pengkajian pada Tanda vital, Sistem Saraf, Sistem Muskuloskeletal, Skala risiko jatuh. Pengkajian yang didapat dari kedua klien sama sama mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kiri, beda nya klien 1 mengalami kelemahan pada kaki kiri, klien 2 mengalami kelemahan tangan dan kaki sebelah kiri.

2) Diagnosa Keperawatan

Daftar Diagnosa Keperawatan pada Bab dua dengan kasus nyata yang didapat pada kedua Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik hanya di temukan 1 diagnosa keperawatan sesuai dengan teori yaitu Gangguan mobilitas fisik.

3) Perencanaan Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua Klien di sesuaikan dengan Masalah Keperawatan yang muncul dan ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi Klien saat ini. Perencanaan yang disusun sama, karena klien 1 dan klien 2 memiliki diagnosa yang sama. Dan perencanaan kedua klien sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun oleh peneliti. Implementasi Keperawatan yang dilakukan pada beberapa diagnosa seperti Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular, Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, Risiko jatuh b.d faktor resiko kekuatan otot menurun. Dalam proses Implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara rencana tindakan yang disusun dengan Implementasi yang dilakukan.

5) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada Klien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terhadap 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular dan Risiko Jatuh berhubungan dengan Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun.

Sedangkan pada Klien 2 terdapat 3diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular dan Defisit Nutrisi berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan dan Risiko Jatuh berhubungan dengan faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun.

5.2. Saran

Untuk meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik maka diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

1) Bagi Tempat Peneliti

Bagi UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda diharapkan adanya penyediaan pegangan pada setiap dinding wisma dan di toilet untuk mecegah klien jatuh.

2) Bagi perawat

Sebaiknya ditingkatkan pada Klien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan kepada lansia. Dan perawat dalam melakukan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta klien sehingga dapat mencapai sesuai dengan tujuan.

3) Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan Ilmu Keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan Ilmu Keperawatan dan penambahan waktu dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik dan juga memacu

pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada Klien dengan Post Stroke Non Hemoragik.



DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, A.T. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta : Salemba Medika.
- Affandi, I.G. & Reggy, P. (2016). *Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial pada Stroke*. CDK-238.Vol. 43, No. 3 (Hlm. 180-184).
- American Heart Assosiation* (AHA, 2015) diakses pada tanggal 29 november 2018.
- Batticaca, F.C. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Batubara dan Tat. (2015). *Hubungan antara Penanganan Awal dan Kerusakan Neurologis Pasien Stroke di RSUD Kupang*. The Soedirman Journal of Nursing Volume 10 Nomor 3, (144).
- Departemen kesehatan Republik Indonesia. (2013). Buletin jendela data dan Informasi Kesehatan. Diakses pada tanggal 29 November2018 dari <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin-lansia.pdf>.
- Gupta, S. (2016). *Assessment of physical disability using Barthel index among elderly of rural areas of district Jhansi (U.P), India J Family Med Prim Care*. Volume 5 Nomor 4, (853-7)
- Irdawati. (2008). *Perbedaan Pengaruh Latihan Gerak Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Hemiparase kanan*.
- Junaidi, I. (2011). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta.
- Kemenkes RI. (2018). Badan litbangkes.
- Kemenkes RI. (2007). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- National Medicines Information Centre. (2011). The Management of Stroke. Management of Stroke Bulletin. Vol. 17. No. 3.

- Nurarif,A.H & Kusuma, K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA Nic-Noc*. Jilid 2. Yogyakarta: Mediaction.
- Nursalam. (2016). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam dan Pariani, S. (2010). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pinzon, R dan Asanti. (2010). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta.
- PERDOSSI. (2011). *Pedoman Penatalaksanaan Stroke*.Himpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Republik Indonesia. (1998). *Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 tahun 1998. Kesejahteraan Lansia*. Jakarta.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Tubagus. (2013). *konsep proses perawatanlansiadi aksespada tanggal 16 Desember*<https://www.scribd.com/doc/193135618/KONSEP-Proses-Perawatan-Lansia>
- Widagdo, dkk. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Ssistem Persarafan*. Jakarta: Trans info media.
- WHO. 2010. *The World Health Report*. (2010).
<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>. diakses 3 Desember 2018
- <https://www.scribd.com/document/335351145/PATHWAY-STROKE-NON-HEMORAGIK-doc>. diakses pada tanggal 3 desember 2018



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR



Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Ilir
Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523
Laman: [http:// www.poltekkes-kaltim.ac.id](http://www.poltekkes-kaltim.ac.id) Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id

Nomor : KH. 04.02/3.1. 4187 /2018
Lampiran : -
Perihal : **Mohon Izin Studi Pendahuluan**

Samarinda, 02 Oktober 2018

Yang terhormat:
Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda
Di -
Samarinda

Dalam rangka mengimplementasikan mata kuliah Riset Keperawatan bagi mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur, dengan ini kami mohon ijin dan berkenan bagi mahasiswa dapat memperoleh informasi studi pendahuluan data yang diperlukan dalam penelitian yang akan dilaksanakan. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian tersebut adalah :

N a m a	N I M
1. Siti Alima us Sahdiyah	P07220116031
2. Melawati	P07220116064
3. Nurul Hidayah	P07220116070
Pembimbing I	Edi Purwanto, SST., M.Kes
Pembimbing II	Ns. Rizky Setiadi, S.Kep.,MKM

Penelitian yang akan dilaksanakan mahasiswa bersifat sederhana dengan tidak mengabaikan etika dan prosedur penelitian.
Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kesempatan yang diberikan diucapkan terima kasih.

a.n Direktur
Ketua Jurusan,


Ismaniyah, S.Kp.,M.Kep
NIP. 196812181988031001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim (sebagai laporan)
2. Mahasiswa yang bersangkutan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Ilir

Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523

Laman: [http:// www.poltekkes-kaltim.ac.id](http://www.poltekkes-kaltim.ac.id) Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id



Nomor : KH. 04.02/3.1/0979/2019

Samarinda, 19 Februari 2019

Lampiran : -

Perihal : **Mohon Izin Pelaksanaan Riset Keperawatan**

Yang terhormat.

Pimpinan Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda

Di -

Samarinda

Dalam rangka Pelaksanaan Ujian Tahap Akhir Pendekatan Studi Kasus bagi mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur, dengan ini kami mohon ijin untuk dapat melakukan kegiatan tersebut di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda, kepada mahasiswa di Bawah Ini :

Nama/NIM : **Melawati (P07220116064)**
Judul Penelitian : Asuhan keperawatan pada klien lansia dengan post stroke non hemoragik di panti sosial tresna werdha nirwana puri samarinda.
Pembimbing : 1. Edi Purwanto SST., M.Kes.
2. Ns. Rizky Setiadi, S.Kep., MKM

Studi Kasus yang akan dilaksanakan mahasiswa bersifat sederhana dengan tidak mengabaikan etika dan prosedur yang berlaku.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kesempatan yang diberikan diucapkan terima kasih.

a.n Direktur
Ketua Jurusan,

Ismansyah, S.Kp., M.Kep
NIP. 196812181988031001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim (sebagai laporan)
2. Mahasiswa yang bersangkutan

INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Melawati dengan judul Asuhan Keperawatan Pada klien lansia dengan post stroke non hemoragik di panti sosial tresna werdha nirwana puri

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Samarinda, 08 April 2019...

Saksi



Yang Memberikan Persetujuan



Kary.

Samarinda, 08 April 2019

Peneliti



Melawati

INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Melawati dengan judul Asuhan Keperawatan Pada klien lansia dengan post stroke non hemoragik di panti sosial tresna werdha nirwana puri

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Samarinda, 08 April 2019

Saksi



Yang Memberikan Persetujuan



Samarinda, 08 April 2019

Peneliti



Melawati



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS SOSIAL
UPTD. PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA NIRWANA PURI
Jalan Mayjen Sutoyo Telp. (0541) 733732
SAMARINDA

Samarinda, 29 Maret 2019

Kepada

Nomor : 070 / 108 / III / PSTWNP-SDM / 2019
Lampiran : -
Perihal : Ijin pelaksanaan Riset Keperawatan

Yth. Ketua jurusan Keperawatan
Poltekkes Kaltim Kemenkes RI

di_
Samarinda

Menindaklanjuti surat nomor KH.04.02/3.1/0979/2019 tanggal 19 Februari 2019, perihal permohonan ijin penelitian dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Skripsi Mahasiswa Prodi sarjana terapan Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim di UPTD PSTW Nirwana Puri Dinas Sosial Provinsi Kalimantan Timur, atas nama :

NO	Nama	NIM	Judul
1.	Melawati	P07220116064	Asuhan keperawatan pada klien lansia dengan post stroke non hemoragik dip anti sosial tresna werdha nirwana puri

Maka kami sampaikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya UPTD PSTW Nirwana puri Dinas Sosial Provinsi Kalimantan Timur tidak keberatan dengan kegiatan dimaksud sejauh sesuai dengan tugas pokok dan fungsi lembaga kami.
2. Dalam melaksanakan kegiatan pengambilan data di lingkungan UPTD, agar memperhatikan aturan-aturan yang berlaku.
3. Melaporkan dan mengkoordinasikan segala bentuk kegiatan ke UPTD PSTW Nirwana puri melalui Seksi pembinaan SDM & penyaluran.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Kepala UPTD,


Dra. Hj. Hamidah
Penata Tk. I
NIP. 19620824 198609 2 001