

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. *Pengkajian Kasus*

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 04 Juni 2022 dengan menggunakan format pengkajian klien keperawatan.

##### 1. Identitas Klien

Nama : Tn. W  
Umur : 70 tahun  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Swasta  
Jenis kelamin : Laki - laki  
Status : Menikah  
Alamat : Jl. Suryanata Perumahan Bukit Pinang  
Sumber informasi : Pasien dan istri  
Diagnosa medis : Stroke Non Hemoragik  
Berat Badan : 80 Kg  
Tinggi Badan : 172 Cm

##### 2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. R  
Umur : 64 Tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Suryanata Perumahan Bukit Pinang  
Hubungan : Istri pasien

### 3. Data Khusus

#### a. Subjektif

##### 1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan kepala pusing kurang lebih dua hari belakangan ini. Pasien mengatakan sering kram pada tangan. Pasien mengeluh sulit berbicara, sakit saat menelan makanan, dan sulit untuk mengunyah makanan. Pasien mengeluh sulit bicara selama 3 bulan ini. Istri pasien mengatakan pasien terkena serangan kedua stroke di 3 bulan yang lalu. Satu hari yang lalu pasien jatuh didepan kamar saat ingin pergike toilet. Pasien mengatakan tubuh terasa lemas.

##### 2) Sample

###### a) *Symptom*

Pasien mengeluh pusing dari dua hari yang lalu, pasien mengatakan sering kesemutan di tangan kanan. Pasien mengatakan tubuh terasa lemas.

###### b) *Alergies*

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan atau obat-obatan.

###### c) *Medication*

Pasien mengatakan mengkonsumsi obat tekanan darah tinggi yaitu, captopril 25 mg 1 x 1.

###### d) Penyakit yang diderita

Pasien mengatakan memiliki penyakit stroke kurang lebih selama 5 tahun, dan tekanan darah tinggi.

e) *Event* (kejadian sebelum cedera)

Istri pasien mengatakan pasien dulu mempunyai riwayat menjadi petinju. Istri pasien mengatakan saat pasien sedang bersih – bersih di kebun halaman rumahnya tiba – tiba pasien terjatuh pingsan, lalu dilarikan ke rumah sakit.

b. **Objektif**

1) *Airway*

Jalan nafas paten, tidak ada sumbatan saat bernafas, lidah pelo, tidak ada benda asing pada jalan nafas, tidak ada nyeri saat menelan dan tidak ada edema pada mulut.

2) *Breathing*

Respirasi 22x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, pergerakan dinding dada simetris, bunyi nafas vesikuler.

3) *Circulation*

Frekuensi nadi 80x/menit, tekanan darah 160/100mmHg, klien tidak terlihat pucat, akral hangat, T : 36,5°C, warna kulit kuning langsung.

4) *Disability*

GCS = 15 (E4 V5 M6), pupil bereaksi positif pada cahaya.

5) *Exposure*

Kondisi tubuh pasien tidak mampu berbicara banyak kata, susah berbicara, sulit dimengerti saat mengucapkan kata.

6) *Full set of vital sign*

Tekanan darah : 160/100 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,5°C

7) *Give comfort*

Pasien akan diberikan terapi latihan bicara *AIUEO*.

## c. Pengkajian pola fungsi kesehatan

## 1) Pola Persepsi Kesehatan – Manajemen Kesehatan

Istri pasien mengatakan pasien di diagnosa stroke dan penyakit tekanan darah tinggi dari umur 65 tahun, tetapi pasien tidak rutin meminum obat tekanan darah, pasien juga jarang memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Pasien mengatakan sudah 5 tahun terkena stroke. Istri pasien mengatakan terakhir berobat ke rumah sakit 2 bulan yang lalu. Istri pasien mengatakan pasien sulit berbicara. Istri pasien mengatakan pelo kambuh mulai 3 bulan yang lalu, pasien sempat sembuh dari pelo tetapi sekarang kambuh lagi. Nilai dari gangguan neurologis pasien mengalami defisit neurologis sedang ataucukup berat. Berikut penilaian skala NIHSS / *National Institue Health Stroke Scale* terkait dengan indikator penilaian gangguan neurologis,yaitu:

No	Parameter Yang Dinilai	Skala	Skor
1.	Tingkat Kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Samnolen 2 = Stupor 3 = Koma	0
2.	Menjawab pertanyaan (tanyakan bulan dan usia pasien)	0 = Benar semua 1 = 1 Benar/ETT/Disatria 2 = Salah semua/Afasia/Stupor/Coma/Gangguan Pemahaman	1
3.	Mengikuti perintah (Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain)	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan	2
4.	Gaze (Melihat gerakan jari telunjuk)	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat/paresis konyugat pada 2 mata (diam)	0
5.	Visual (Lakukan dengan mata ditutup sebelah, menghitung jari pemeriksa 1,2,5)	0 = Normal 1 = Kuadrianopsis 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/butakortikal	0
6.	Paresis Wajah (Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata). Nb. Coma lakukan dengan rangsang nyeri	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum simetris) 2 = Paresis wajah partial (Paresis wajah bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (Paresis wajah sisi atau 2 sisi)	1
7.	Motorik lengan (Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45 bila tidur berbaring atau 90 bila posisi duduk)	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 = Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 atau 45 3 = Tidak mampu mengangkat hanya Begeser 4 = Tidak ada gerakan 5a untuk nilai lengan kiri 5b untuk nilai lengan atas 5b untuk nilai lengan atas	0

8.	Motorik Tungkai (Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30)	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 = Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 = Tidak mampu melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan 6a Nilai tungkai kiri 6b Nilai tungkai kanan	2
9.	Ataksia Anggota Badan (Menggunakan tes tunjuk jari dengan jari telunjuk ke hidung)	0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	0
10.	Sensorik (Lakukan tes tajam-tumpul pada seluruh tubuh dari wajah, lengan, badan, hingga tungkai) Pasien afasia diberi nilai 1 Pasien stupor atau coma diberi nilai 2	0 = Normal 1 = Gangguan sensorik ringan hingga sedang. (Ada gangguan sensorik terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh) 2 = Gangguan sensorik berat atau total	1
11.	Kemampuan Berbahasa (Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar)	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang (Ada bolong-bolong jawabanya) 2 = Afasia berat (Tidak ada respon) 3 = Mutediam, Afasia global, coma	1
12.	Disartria (Baca tulisan)	0 = Normal / artikulasi baik 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	1
13.	(Pengabaian)	0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : Visual, Taotile, Auditory 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	0
Total Nilai			9

Tabel 3.1 Tabel Skala NIHSS

Keterangan:

Skor &lt; 5 : Defisit Neurologis Ringan

Skor 6-14 : Defisit Neurologis Sedang/Cukup Berat

Skor 15-24 : Defisit Neurologis Berat

Skor &gt; 25 : Defisit Neurologis Sangat Berat

No.	Aspek Komunikasi	Item Penilaian	Skoring
1.	Pemahaman	Perhatikan gambar pemandangan dan gambar bentuk ini, dengarkan apa yang saya katakan dan tunjukkan gambar yang dimaksud. Jika meminta untuk pengulangan. instruksi berarti nilainya error. Berikan skor 1 untuk setiap jawaban yang benar. Skor 0 – 10. 1. Skema pemandangan alam a. Sawah b. Gunung c. Pohon d. Orang ditengah sawah e. Rumah dipinggir sawah	1 1 1 1 1
		2. Gambar bentuk: a. Persegi panjang b. Persegi empat c. Kerucut dan lingkaran d. Kerucut e. Segi lima (Piramida)	1 1 1 1 0
2.	Pengucapan	a. Tunjukkan pasien pemandangan alam dan katakan “Sebutkan sebanyak mungkin gambar yang dapat kamu lihat atau namai segala sesuatu yang kamu lihat pada gambar ini. Range skor 0 –5. 1. Tidak mampu menyebutkan nama objek satupun 2. Dapat menamai 1 – 2 objek 3. Dapat menamai 3 – 4 objek 4. Dapat menamai 5 – 7 objek 5. Dapat menamai 8 – 9 objek 6. Dapat menamai 10 objek  b. Pindahkan kartu yang bergambar dari hadapan pasien dan informasikan bahwa sekarang kamu mencoba pada kondisi yang sedikit berbeda, lalukatakan padanya menyebutkan nama-nama binatang yang dia mampu/yang ada dalam pikirannya selama 1 menit. Skor 0-5 1. Tidak mampu menyebutkan satupun binatang 2. Dapat menyebutkan 1 – 2 3. Dapat menyebutkan 3 – 5 4. Dapat menyebutkan 6 – 9 5. Dapat menyebutkan 10- 14 6. Dapat menyebutkan 15 atau lebih	0 1 1 0 0 0    0 1 1 0 0 0

3.	Membaca	Tunjukkan pasien skema pemandangan lam dan kartu membaca, katakan pada pasien agar membaca di dalam hati saja, tidak dengan suara keras dan lakukan instruksi yang dia baca. Berikan skor 1 untuk setiap jawaban yang benar. Skor 0 – 5 1. Tidak dapat melakukan instruksi 2. Tunjuk gambar pohon 3. Ambil kertas bergambar 4. Ambil pensil 5. Tunjuk gambar gunung 6. Tunjuk gambar orang ditengahsawah	0 1 1 1 1 1
4.	Menulis	Tunjukkan skema pemandangan alam pada pasien dan katakan “tuliskan sebanyak mungkin yang kamu bisa tentang apa yang terjadi di dalam gambar. Jika tangan dominan yang terkena, maka gunakan tangan tidak dominan selama 5 menit. Skor 0 – 5 1. Tidak mampu menuliskan satupun 2. Dapat menuliskan 1- 2 3. Dapat menuliskan 2 – 3 4. Dapat menuliskan 4 5. Dapat menuliskan 5 (tetapi ada yang tidak sesuai dengan gambar) 6. Dapat menuliskan 5 dengan tepat	0 1 1 0 0 0
Total Skor			20

**Tabel 3.2 Frenchay Aphasia Screening Test**

Hasil penilaian dikatakan afasia jika :

- a) Bila nilai <27 pada usia diatas 60 tahun
- b) Bila nilai <25 pada usia dibawah 60 tahun

Dari penilaian tersebut didapatkan total skor 20, yaitu klien mengalami afasia karena mempunyai nilai dibawah 25 pada usiaTn.W yang saat ini yaitu berusia 70 tahun.

## 2) Pola Nutrisi – Metabolik

Pasien mengatakan sehari makan 3 kali secara teratur, pasien mengatakan tidak ada masalah dalam memilih makanan. Istri pasien mengatakan pasien tidak pernah memilih milih



dalam hal makanan. Istri pasien mengatakan pasien tidak ada alergi makanan.

### 3) Pola Eliminasi

Istri pasien mengatakan biasanya pasien BAB 1-2 x dalam sehari, konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Istri pasien mengatakan BAK 4 - 6 x dalam sehari, karna urine kuning jernih. Tidak ada keluhan BAB dan BAK.

### 4) Pola Aktivitas – Latihan

Pasien mengatakan jika berdiri atau berjalan harus dibantu oleh anak atau istri, setiap melakukan aktifitas selalu dibantu, mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan. Istri pasien mengatakan aktivitas pasien saat ini terbatas. Dari hasil penilaian skala *indeks barthel* berikut pasien adalah ketergantungan sedang terhadap orang lain, indikator yang di nilai sebagai berikut:

<i>Activity Daily Living (ADL)</i>	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri			√	
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	√			

Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	√			
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri		√		
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		
Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor: 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)			√	

Naik Turun Tangga				
Keterangan Skor:				
0 = Tidak mampu	√			
1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu)				
2 = Mandiri				
Total		9		

**Tabel 3.3 Skala Indeks Barthel**

Keterangan:

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

5) Pola Tidur – Istirahat

Pasien tidak memiliki gangguan tidur. Pasien mengatakan tidur di siang hari dan malam. Istri pasien mengatakan jam istirahat dan pola tidur pasien tercukupi.

6) Pola Kognitif dan Perseptual

Pasien tidak mampu berkomunikasi dengan baik karena pengucapan suara dan intonasi bicara kurang jelas. Ketika diajak berbicara pasien mengerti tapi tidak mampu melakukan. Pasien banyak menggunakan ekspresi tubuh saat berkomunikasi. Istri pasien mengatakan pasien tidak ada gangguan pendengaran. Istri pasien mengatakan penglihatan pasien kurang jelas karna pasien rabun dekat. Istri pasien mengatakan belum ada memeriksakan pasien ke pelayanan kesehatan, terakhir periksa ke pelayanan kesehatan 2 bulan yang lalu.

7) Pola Persepsi Diri – Konsep Diri

Citra diri : istri pasien mengatakan pasien suka dengan semua anggota tubuhnya

Identitas diri : pasien adalah seorang ayah

Ideal diri : pasien tidak dapat diminta pendapat tentang harapannya

Harga diri : pasien bingung dan tidak dapat diminta pendapat tentang dirinya sebagai pasien

8) Pola Peran – Hubungan

Dalam keluarga klien Tn. W berperan sebagai ayah dan kepala keluarga. Klien mempunyai istri Ny. R dan tinggal bersama dengan anaknya Tn. M, hubungan pasien dengan keluarga terjalin baik.

9) Pola Seksualitas dan Reproduksi

Istri pasien mengatakan pasien dan dirinya sudah tidak memakai KB dan istri pasien sudah tidak menstruasi lagi.

10) Pola koping dan Pertahanan Stres

Istri pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu membicarakan kepada istri dan anaknya untuk mendapatkan jalan keluar dari permasalahan tersebut. Jika stres pasien dan keluarganya memilih untuk menonton tv atau jalan jalan dengan kursi roda.

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Istri pasien mengatakan pasien beragama islam, pasien

terkadang solat terkadang juga tidak solat.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kepala : bentuk kepala masocephal, tidak ada lesi, tidak terdapat benjolan pada kepala, rambut berwarna hitam sedikitwarna putih beruban, tidak ada ketombe.
- c. Mata : mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil bereaksi terhadap cahaya +/+, diameter pupil 3/3, sklera tidak ikterik, terdapat gangguan penglihatan pasienrabun dekat.
- d. Telinga : Telinga kanan dan kiri simetris, keadaan telinga cukup bersih, tidak memiliki gangguan pendengaran, tidak terdapat luka, tidak terdapat cairan atau massa, tidak menggunakan alat bantu pada telinga.
- e. Hidung : bentuk hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada cairan pada hidung, tidak ada massa, penciuman hidung berfungsi dengan baik, tidak ada sumbatan saat bernafas.
- f. Mulut : mukosa bibir lembab, bibir pelo, tidak ada sariawan, tidak ada luka, gigi pasien tidak lengkap, tidak ada gigi palsu, langit – langit utuh, tidak ada stomatitis dan tidak ada tonsilitis.
- g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan didaerah leher.
- h. Jantung  
Inspeksi : bentuk dada simetris  
Palpasi : ictus cordic teraba dan kuat angkat

Perkusi : batas jantung normal dan tidak melebar

Auskultasi : bunyi jantung interval normal

i. Paru – paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, warna kulit sawo matang, frekuensi nafas 22x/menit, menggunakan pernafasan dada

Palpasi : kulit berwarna sawo matang, tidak ada nyeri dada, tidak ada kelainan pada payudara

Perkusi : suara paru sonor, terdapat suara timpany, tidak ada konsolidasi paru atau bunyi pekak.

Auskultasi :suara nafas vesikuler, tidak ada nafas tambahan.

j. Abdomen

Inspeksi : tidak ada kelainan warna kulit pada absomen, bentuk abdomen simetris, tidak ada pembengkakan abdomen, umbilikus normal, tidak ada pembesaran organ tubuh, tidak ada tonjolan suprapubik, hepar ataupun limpa.

Auskultasi : bising usus normal, yaitu 10x/menit, tidak ada ditemukan suara abnormal.

Perkusi : tidak ada pembengkakan pada hepar atau hepatomegali.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada area abdomen.

k. Ekstremitas : kekuatan otot lemah, mobilisasi pasien terbatas.

Tangan kanan kekuatan otot : 5

Tangan kiri kekuatan otot : 2

Kaki kanan kekuatan otot : 4

Kaki kiri kekuatan otot : 2

5	2
4	2

Keterangan:

5: Normal

4: Hanya mampu melakukan gerakan normal dan tidak bisa melawan tahanan maksimal

3: Hanya mampu melakukan gerakan mengangkat dan tidak bisa melawan tahanan sedang

2: Hanya mampu melakukan gerakan dua sendi atau lebih

1: Hanya mampu menggerakkan ujung jari

0: Tidak mampu

FAKTOR RISIKO	SKALA	SKOR	
		HASIL	STANDAR
Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	25
	Tidak	0	0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya	25	25
	Tidak	0	0
Mengggunakan Alat Bantu	Berpegangan pada benda-benda Sekitar	30	30
	Kruk, tongkat, walker	0	15
	Bedrest/ dibantu perawat	0	0
Menggunakan IV dan Catheter	Ya	0	20
	Tidak	0	0
Kemampuan Berjalan	Lemah	10	10
	Tidak Normal/ Pincang	0	20

	Normal/ Bed rest/ Immobile	0	0
Status Mental	Tidak Sadar akan Kemampuan nya/ Post Op 24 Jam	0	15
	Orientasi Sesuai Kemampuan diri	0	0
	<b>Total Skor</b>	90	

Tabel 3.4 Skala Morse

Ket :

≥ 45 : Risiko Tinggi Jatuh

25-44: Risiko Sedang Jatuh

0-24 : Risiko Rendah Jatuh

Hasil yang di dapat dari perolehan skala morse adalah 90, yaitu menunjukkan bahwa pasien berisiko tinggi jatuh.

#### 5. Neurologi

Pasien tidak mengalami penurunan kesadaran (compos mentis), GCS: 15 (mata: 4, verbal: 5, dan motorik: 6), untuk pengkajian 12 saraf kranial sebagai berikut:

No Urut	Nama Saraf	Hasil Pengkajian
I	Nervus Olfactorius	Pasien dapat membedakan 2 bau yang berbeda (minyak kayu putih dan bau kopi)
II	Nervus Optikus	Pasien mampu melihat objek kertas dari jarak 50 cm
III	Nervus Okulomotorik	Pasien mampu menggerakkan bola mata dengan memutar
IV	Nervus Troklearis	
V	Nervus Trigeminus	Pasien mengatakan dapat merasakan sensasi sentuhan di wajah dan dapat mengunyah makanan
	Nervus Oftalmikus	Rahang pasien dapat digerakan, tidak ada gangguan dalam membuka mulut



	Nervus Maksilaris	Pasien mengatakan dapat merasakan pergerakan lidah dan rahang
VI	Nervus Abdusen	Pasien mampu melirikkan mata ke kanan dan kiri
VII	Nervus Fasialis	Pasien mampu mengerutkan alis, mengangkat dahi, memejamkan mata, klien tidak mampu menggembungkan salah satu pipi yaitu pipi kiri, tidak mampu tersenyum secara maksimal.
VIII	Nervus Auditorius/ Vestibuloko hlear	Pasien mampu mendengarkan suara petikan jari dari jarak 50 cm dan 1 meter
IX	Nervus Glosofaringeal	Pasien mampu menelan makanan, pasien mengatakan dapat merasakan rasa manis dari gula dan asin dari garam, klien tidak mampu bersiul, tidak mampu menggembungkan pipi kiri.
X	Nervus Vagus	Pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, artikulasi yang diucapkan masih tidak jelas.
XI	Nervus Asesorius	Pasien dapat menganggukkan kepala tanpa ada rasa sakit.
XII	Nervus Hipoglosus	Lidah tampak miring sedikit ke arah kiri, klien tidak dapat mendorong pipi dengan lidah, artikulasi klien saat berbicara tidak jelas.

Tabel 3.5 Pengkajian 12 Saraf Kranial

## B. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - Istri pasien mengatakan bicara pasien tidak jelas - Istri pasien mengatakan pasien mulai pelo dari 3 bulan yang lalu - Istri pasien mengatakan pasien sempat sembuh dari pelo tetapi sekarang kambuh lagi - Istri pasien mengatakan sudah 5 tahun pasien terkena stroke - Pasien mengeluh kesulitan bicara - Pasien mengeluh sakit saat menelan - Pasien mengeluh suli untuk mengunyah makanan	Hambatan Fisik	

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak mampu berkomunikasi dengan baik</li> <li>- Pasien tidak bisa mengucapkan banyak kata, intonasi bicara tidak jelas</li> <li>- Pasien sulit berbicara dan sulit dimengerti saat mengucapkan kata</li> <li>- Nilai skala NIHSS pasien yaitu pasien mengalami defisit neurologis sedang atau cukup berat</li> <li>- Skor afasia klien 20</li> <li>- Klien mengalami gangguan afasia motorik</li> <li>- Ketika diajak berbicara pasien mengerti tetapi tidak mampu melakukan.</li> </ul>		Gangguan Komunikasi Verbal				
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan</li> <li>- Pasien mengatakan jika berdiri atau berjalan harus dibantu oleh anak atau istri</li> <li>- Istri pasien mengatakan aktivitas pasien saat ini terbatas</li> <li>- Pasien mengatakan sering kesemutan di tangan kanan.</li> </ul>						
	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki kiri pasien tidak dapat digerakkan</li> <li>- Dari hasil penilaian skala indeks barthel pasien mengalami ketergantungan sedang terhadap orang lain</li> <li>- Kekuatan otot ekstremitas pasien lemah</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisasi pasien terbatas</li> </ul>	5	2	4	2	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik
5	2						
4	2						

3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istri pasien mengatakan pasien tidak rutin meminum obat tekanan darah tinggi</li> <li>- Istri pasien mengatakan pasien belum ada pergi berobat ke pelayanan kesehatan</li> <li>- Istri pasien mengatakan jika obat pasien habis istri pasien akan membeli sendiri secara mandiri di apotik</li> <li>- Istri pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat captopril 25 mg 1x1</li> <li>- Istri pasien mengatakan pasien tidak memiliki BPJS.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak rutin meminum obat</li> <li>- Pasien mengkonsumsi obat tekanan darah tinggi captopril 25 mg 1x1</li> <li>- Pasien tidak mengontrol kesehatan secara rutin ke pelayanan kesehatan</li> <li>- Identitas pasien adalah pasien umum, pasien tidak mempunyai BPJS</li> <li>- Istri pasien mengeluh biaya pengobatan pasien</li> <li>- Istri pasien terkadang lupa dengan obat yang harus diminumkan ke pasien</li> <li>- Pasien sering lupa untuk minum obat</li> </ul>	Pengobatan	Ketidakpatuhan
----	--	------------	----------------

4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istri pasien mengatakan pasien memiliki tekanan darah tinggi</li> <li>- Pasien mengatakan pusing kurang lebih dua hari belakangan ini</li> <li>- Pasien mengatakan kram pada tangan</li> <li>- Pasien mengatakan mengkonsumsi obat tekanan darah</li> <li>- Istri pasien mengatakan pasien tidak rutin meminum obat tekanan darah tinggi</li> <li>- Istri pasien mengatakan pasien jarang memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan</li> <li>- Istri pasien mengatakan terakhir berobat 2 bulan yang lalu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh pusing</li> <li>- Pasien mengkonsumsi obat captopril 25mg 1x1</li> <li>- Pasien tidak teratur mengkonsumsi obat captopril</li> <li>- TD : 160/100 mmHg</li> <li>- N : 80x/ menit</li> <li>- RR : 22x/ menit</li> <li>- T : 36,5°C</li> <li>- GCS: 15 (mata: 4, verbal: 5, dan motorik: 6)</li> </ul>	Faktor Resiko Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istri pasien mengatakan pasien jatuh 2 hari yang lalu</li> <li>- Istri pasien mengatakan untuk ke kamar mandi pasien harus dibantu</li> <li>- Istri pasien mengatakan pasien tidak berobat ke pelayanan kesehatan setelah jatuh</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktifitas pasien sehari hari dibantu oleh istri dan anaknya</li> <li>- Nilai skala jatuh pasien menunjukkan bahwa pasien berisiko tinggi jatuh</li> <li>- Pasien mengalami kelemahan pada otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri</li> <li>- Skor skala morse pasien 90, yaitu pasien berisiko tinggi jatuh</li> </ul>	Riwayat Jatuh	Risiko Jatuh

Tabel 3.6 Analisa Data

### C. *Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas*

1. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Hambatan Fisik (D.0119)
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)
3. Ketidapatuhan berhubungan dengan Pengobatan (D.00114)
4. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Faktor Resiko Hipertensi (D.0017)
5. Risiko Jatuh berhubungan dengan Riwayat Jatuh (D.0143)

### D. *Intervensi Keperawatan*

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan hambatan fisik (D.0119)	<p><b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan bicara (4)</li> </ul> <p>Ket :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Menurun</li> <li>2 : Cukup menurun</li> <li>3 : Sedang</li> <li>4 : Cukup meningkat</li> <li>5 : Meningkatkan</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afasia (4)</li> <li>- Pelo (4)</li> </ul>	<p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (L.13492)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>1.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran dna bahasa)</li> <li>1.3 Gunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal <i>AIUEO</i>)</li> </ul>

		<p>Ket :</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>1.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (berdiri di depan pasien, mendengarkan)</p> <p>1.5 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>1.6 Berikan dukungan psikologis</p> <p>1.7 Anjurkan berbicara perlahan</p>
2.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)</p>	<p><b>Mobilitas Fisik (L. 05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan gerak dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan ekstremitas (4)</li> <li>- Kekuatan otot (4)</li> </ul> <p>Ket :</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup meningkat</p> <p>5 : Meningkatkan</p>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>2.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2.5 Anjurkan mobilisasi</p>
			<p>sederhana (duduk ditempat tidur)</p>
3.	<p>Ketidakpatuhan berhubungan dengan Pengobatan (D.00114)</p>	<p><b>Tingkat Kepatuhan (L.12110)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat kepatuhan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku mengikuti program perawatan / pengobatan (5)</li> </ul>	<p><b>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</b></p> <p>3.1 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>3.2 Diskusikan hal – hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya proses</p>

		<p>Ket :</p> <p>1 : Memburuk</p> <p>2 : Cukup memburuk</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup membaik</p> <p>5 : Membaik</p>	<p>pengobatan</p> <p>3.3 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</p> <p>3.4 Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani pengobatan</p> <p>3.5 Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan, jika perlu</p>
4.	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Faktor Resiko Hipertensi (D.0017)</p>	<p><b>Perfusi Serebral (L. 02014)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aliran darah serebral adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit kepala (5)</li> </ul> <p>Ket :</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup meningkat</p> <p>5 : Meningkatkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah (4)</li> </ul> <p>Ket :</p> <p>6 : Memburuk</p> <p>7 : Cukup memburuk</p> <p>8 : Sedang</p> <p>9 : Cukup membaik</p> <p>10 : Membaik</p>	<p><b>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b></p> <p>4.1 Monitor peningkatan tekanan darah</p> <p>4.2 Monitor nadi</p> <p>4.3 Monitor irama pernapasan</p> <p>4.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)</p>
5.	<p>Risiko Jatuh berhubungan dengan Riwayat Jatuh (D.0143)</p>	<p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatuh saat berdiri (5)</li> <li>- Jatuh saat berjalan (4)</li> </ul> <p>Ket :</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p>5.1 Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</p> <p>5.3 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan</p> <p>ambulasi (terapi latihan gerak)</p> <p>5.4 Anjurkan melakukan ambulasi dini</p>

**Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan**

### E. Intervensi Inovasi

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi	Intervensi
1. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Hambatan Fisik (D.0119)	Melakukan latihan vokal <i>AIUEO</i> pada pasien stroke dilakukan pada tanggal : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 04 Juni 2022</li> <li>- 05 Juni 2022</li> <li>- 06 Juni 2022</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji keadaan umum klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Memberi penjelasan kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan</li> <li>4. Mengatur posisi pasien dengan nyaman</li> <li>5. Memposisikan wajah klien menghadap kedepan kearah terapis</li> <li>6. Kedua tangan pasien masing-masing berada disamping kiri dan kanan</li> <li>7. Ajarkan pasien kembungkan kedua bibir dengan rapat kemudian kembungkan salah satu pipi dengan udara, tahan selama 5 detik dan kemudian hembuskan. Lakukan secara bergantian pada sisi yang lainnya</li> <li>8. Pasien dianjurkan mengucapkan huruf "A" dengan keadaan mulut terbuka</li> <li>9. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "I" dengan keadaan mulut dan gigi dirapatkan dan bibir dibuka</li> <li>10. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "U" dengan keadaan mulut mencucu kedepan bibir atas dan depan tidak rapat</li> <li>11. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "E" dengan keadaan pipi, mulut, dan bibir seperti tersenyum</li> <li>12. Setelah itu pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf "O" dengan keadaan mulut dan bibir mencucu kedepan</li> <li>13. Setelah selesai evaluasi kemampuan bicara fungsi motorik klien setelah diberikan intervensi</li> <li>14. Rapikan pasien</li> <li>15. Mencuci tangan</li> </ol>

**Tabel 3.8 Intervensi Inovasi Keperawatan**



## F. Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal/Jam	Diagnosa	Implementasi	Paraf
1.	Hari Pertama 04 / 06 / 2022 10.00	I	1.1 Memonitor kecepatan, tekanan, volume, dan diksi bicara S : klien mengatakan sulit untuk bicara O : klien tidak mampu mengucapkan kata terlalu banyak, intonasi bicara tidak jelas, suara sedikit nyaring	
	10.15		1.2 Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (pendengaran) S : pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pendengarannya O : pasien dapat mendengar dan memahami bahasa yang dikatakan orang lain	
	10.30		<b>1.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal AIUEO)</b> S : klien mengatakan setuju jika diajarkan teknik terapi bicara AIUEO O : klien menyetujui jika diajarkan teknik terapi bicara AIUEO	
	13.00		<b>1.4 Menggunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal AIUEO)</b> S : klien mampu mengucapkan huruf vokal AIUEO tetapi masih sedikit terbata – bata, klien bisa mengikuti kata – kata yang diucapkan O : klien kooperatif	
	13.30		1.5 Menyesuaikan gaya komunikasi bersama pasien S : pasien mengatakan ingin duduk berdepanan dengan perawat sambil berlatih berbicara O : melakukan eye contact dengan pasien saat berlatih teknik AIUEO	
	13.50		1.6 Mengulangi apa yang telah disampaikan oleh pasien S : klien mengatakan paham dengan apa yang sudah diajarkan, tetapi masih terasa sulit dilakukan O : klien paham dengan teknik latihan AIUEO yang diajarkan	
	14.00		1.7 Memberi dukungan psikologis S : pasien mengatakan merasa senang saat diberikan motivasi keinginan untuk sembuh O : pasien terlihat senang saat diberikan dukungan semangat untuk sembuh	

	14.15		1.8 Menganjurkan berbicara secara perlahan S : pasien mengatakan berbicara sangat lambat O : nada bicara pasien sedikit keras dan kata yang diucapkan sulit dimengerti	
	14.30	II	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : pasien mengatakan kesemutan pada tangan kanan dan mengeluh pusing O : klien terlihat lemas, TD : 160/100 mmHg	
	14.45		1.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan S : pasien mengatakan tidak bisa bergerak banyak O : mobilisasi pasien terbatas	
	14.55		1.3 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi S : pasien mengatakan mempunyai tekanan darah tinggi O : TTV TD : 160/100 mmHg N : 80x/ menit RR : 22x/ menit T : 36,5°C	
	15.10		1.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan S : istri pasien mengatakan kaki kiri pasien tidak bisa digerakkan O : memposisikan pasien semi fowler	
	15.25		1.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur) S : istri pasien membantu pasien agar berpindah posisi di tempat tidur O : membantu pasien pindah posisi ke semi fowler	
	15.45	III	1.1 Monitor peningkatan tekanan darah S : klien mengeluh pusing O : TD : 160/90 mmHg	
	15.47		1.2 Monitor nadi S : - O : N : 80x/ menit	
	15.50		1.3 Monitor irama pernapasan S : pasien tidak mengeluh sesak nafas O : RR : 22x/ menit	
	16.05		1.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman) S : pasien merasa nyaman jika berbaring O : membantu pasien memposisikan semi fowler	

	16.20  16.30	IV	<p>1.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh S : istri klien mengatakan klien jatuh dua hari yang lalu O : klien tampak lemas</p> <p>1.2 Menghitung skala jatuh (<i>morse</i>) S : istri klien mengatakan saat beraktifitas klien dibantu oleh istri dan anaknya O : skala morse pasien menunjukkan bahwa pasien berisiko tinggi jatuh</p>	
2.	Hari Kedua 05 / 06 / 2022 11.00  11.15  12.00  12.25  12.40  12.55	I	<p>1.1 Memonitor kecepatan, tekanan kuantitas, volume, dan diksi bicara S : nada bicara pasien saat berbicara terdengar pelan O : klien mampu menggunakan komunikasi non verbal saat menginginkan sesuatu</p> <p><b>1.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal AIUEO)</b> S : klien mampu mengucapkan AIUEO dengan suara yang pelan tetapi masih terbata – bata O : klien mampu menyebutkan kata per kata seperti, mandi, makan, minum, walaupun masih terdengar kurang jelas</p> <p><b>1.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal AIUEO)</b> S : klien mampu mengucapkan kata AIUEO secara perlahan, huruf “U” dan “E” masih terdengar kaku saat diucapkan O : klien sangat kooperatif, mampu mengucapkan kata vokal AIUEO</p> <p>1.4 Ulangi apa yang disampaikan pasien S : pasien mengulangi apa yang telah diajarkan O : pasien dapat menyebutkan huruf AIUEO dengan pelan</p> <p>1.5 Memberikan dukungan psikologis S : pasien mengatakan senang saat diajarkan teknik latihan bicara O : memberikan pasien semangat untuk terus melatih kemampuan bicaranya</p> <p>1.6 Menganjurkan berbicara perlahan S : nada bicara pasien pelan O : intonasi masih kurang jelas, suara pasien belum bisa lantang saat berbicara</p>	

	13.00	II	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S : pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi O : TD : 150/100 mmHg	
	13.10		1.2 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi S : - O : GCS 15 (E4 V5 M6) TD : 150/100 mmHg	
	13.20		2.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana S : pasien mengatakan ingin pindah posisi O : membantu pasien untuk melakukan mobilisasi ringan	
	13.35	III	3.1 Memonitor peningkatan tekanan darah S : pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi O : TD : 150/90 mmHg Menganjurkan pasien agar meminum obat tekanan darah secara rutin	
	13.37		3.2 Memonitor nadi S : - O : N : 78x/ menit	
	13.40		3.3 Memonitor irama pernapasan S : - O : RR : 21x/ menit Pasien tidak terpasang O <sup>2</sup>	
	14.00	IV	1.2 Hitung skala jatuh ( <i>morse</i> ) S : istri pasien mengatakan belum ada pergi ke berobat setelah pasien jatuh O : nilai skala morse pasien menunjukkan pasien berisiko tinggi jatuh	
	14.15		1.3 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan ambulasi (terapi latihan gerak) S : istri dan anak pasien mau membantu pasien latihan gerak otot O : membantu pasien mika miki	
	14.25		1.4 Anjurkan melakukan ambulasi dini S : pasien ingin dibantu untuk latihan merubah posisi O : membantu latihan ambulasi dini, seperti mika miki, bangun dari tempat tidur	

3.	<p>Hari Ketiga 06 / 06 / 2022 11.00</p> <p>13.00</p> <p>13.25</p> <p>13.40</p> <p>14.00</p> <p>14.15</p> <p>15.00</p> <p>15.15</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>III</p>	<p><b>1.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal <i>AIUEO</i>)</b>  <b>S : klien menyebutkan AIUEO dengan nada pelan, huruf “U” dan “E” terdengar sedikit kaku</b>  <b>O : dapat menyebutkan kata seperti makan, minum, mandi, warna, menyebutkan nama, unruk huruf “U” dan “E” terdengar masih kaku</b></p> <p><b>1.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (metode <i>speech therapy</i>, terapi vokal <i>AIUEO</i>)</b>  <b>S : klien dapat mengucapkan kata sambil menggunakan bahasa komunikasi non verbal</b>  <b>O : klien kooperatif, klien dapat menyebutkan kata AIUEO, walau intonasi bicara masih belum bisa terdengar secara jelas</b></p> <p>1.4 Mengulangi apa yang disampaikan pasien  <b>S : pasien mampu mengulang kata yang disuruh</b>  <b>O : klien kooperatif</b></p> <p>1.5 Menganjurkan berbicara perlahan  <b>S : nada bicara pasien sedikit pelan</b>  <b>O : nada bicara klien pelan, tidak bisa lantang</b></p> <p>2.1 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi  <b>S : -</b>  <b>O : GCS 15 (E4 V5 M6)</b>  <b>TD : 150/100 mmHg</b></p> <p>2.2 Menganjurkan mobilisasi sederhana  <b>S : pasien mengatakan sulit untuk berpindah posisi</b>  <b>O : membantu pasien mika miki dan melatih duduk di tepi tempat tidur</b></p> <p>3.1 Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan  <b>S : pasien mengatakan tangan sudah tidak kesemutan lagi</b>  <b>O : TD : 150/90 mmHg</b>  <b>N : 80x / menit</b>  <b>RR : 21x/ menit</b>  <b>T : 36,5°C</b></p> <p>3.4 Mempertahankan posisi kepala dan leher dengan nyaman  <b>S : pasien merasa nyaman jika</b></p>
----	--	-------------------------------	--

	15.40	IV	diberikan posisi setengah duduk O : pasien diberikan posisi semi fowler	
	16.00		1.2 Menghitung skala jatuh (morse) S : - O : skala morse pasien menunjukkan bahwa pasien berisiko tinggi jatuh 1.3 Menganjurkan melakukan ambulasi dini S : istri pasien mengatakan mika miki pasien harus dibantu O : membantu pasien ambulasi dini	

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

## G. Evaluasi Keperawatan

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Hasil				Paraf
Hari Pertama Sabtu, 04 juni 2022 10.00	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Hambatan Fisik (D.0119)	S :				
		- Klien mengatakan tidak bisa banyak berbicara				
		- Pasien setuju jika diberikan terapi AIUEO				
		- Klien mampu mengucapkan huruf vokal AIUEO				
		O :				
- Pasien tidak mampu berkomunikasi dengan baik						
- Pasien sulit untuk mengungkapkan kata						
- Nilai skala NIHSS pasien yaitu pasien mengalami defisit neurologis sedang atau cukup berat						
- Saat diajarkan terapi AIUEO pasien sangat kooperatif						
- Pengucapan klien terbata – bata						
- Klien dapat mengikuti kata – kata yang diucapkan						
A : Masalah gangguan komunikasi teratasi sebagian						
		Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	
		Kemampuan berbicara	2	3	4	
		Afasia	2	2	4	
		Pelo	2	2	4	
		P : lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5				
Sabtu, 04 juni 2022 14.30	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)	S :				
		- Klien mengatakan tidak bisa banyak bergerak				
		- Istri klien mengatakan jika ingin berdiri atau berjalan klien dibantu oleh istri dan anaknya				
		O :				
		- Kaki kiri pasien tidak dapat digerakkan				
		- Kekuatan otot ekstremitas pasien lemah				
		- Ekstremitas atas 5   5 ekstremitas bawah 4   2				

		<p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas pasien belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan Otot</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Pergerakan Ekstremitas	3	3	4	Kekuatan Otot	3	3	4	
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target												
Pergerakan Ekstremitas	3	3	4												
Kekuatan Otot	3	3	4												
Sabtu, 04 juni 2022 15.45	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Faktor Resiko Hipertensi (D.0017)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pusing selama 2 hari ini</li> <li>- Klien mengatakan sering kesemutan di tangan kanan</li> </ul> <p>O : - TD : 160/90 mmHg</p> <p>A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Sakit kepala	3	3	5	Tekanan darah	3	3	4	
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target												
Sakit kepala	3	3	5												
Tekanan darah	3	3	4												
Sabtu, 04 juni 2022 16.20	Risiko Jatuh berhubungan dengan Riwayat Jatuh (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut jika terjatuh lagi</li> <li>- Istri klien mengatakan 2 hari yang lalu klien jatuh saat berjalan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sulit untuk menggerakkan anggota gerak bawah sebelah kiri.</li> <li>- GCS : E4V5M6</li> <li>- Skala morse 90, resiko tinggi jatuh</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan risiko jatuh belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berjalan</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 4.1, 4.2, 4.3, 4.4,4.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Jatuh saat berdiri	2	2	5	Jatuh saat berjalan	3	2	4	
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target												
Jatuh saat berdiri	2	2	5												
Jatuh saat berjalan	3	2	4												
Hari Kedua Minggu, 05 Juni 2022 11.00	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Hambatan Fisik (D.0119)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan paham dengan apa yang dikatakan orang lain</li> <li>- klien mengatakan latihan perlahan untuk membuka mulut</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- membantu klien mengajarkan terapi dengan metode <i>AIUEO</i></li> <li>- Klien masih terlihat lemah</li> <li>- Klien mencoba latihan <i>AIUEO</i></li> <li>- Saat mengucapkan kata "U" dan "E" masih terdengar kaku</li> </ul>													

		<p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Afasia</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.4, 1.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Kemampuan berbicara	2	3	4	Afasia	2	3	4	Pelo	2	2	4	
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																
Kemampuan berbicara	2	3	4																
Afasia	2	3	4																
Pelo	2	2	4																
Minggu, 05 Juni 2022 13.00	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</li> <li>- Istri klien mengatakan melatih klien dengan duduk di tepi tempat tidur</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu klien untuk melakukan ambulasi dini</li> <li>- Kekuatan otot 5 2 4 2</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan Otot</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Pergerakan Ekstremitas	3	4	4	Kekuatan Otot	3	3	4					
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																
Pergerakan Ekstremitas	3	4	4																
Kekuatan Otot	3	3	4																
Minggu, 05 Juni 2022 13.35	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Faktor Resiko Hipertensi (D.0017)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pusing sudah berkurang setelah minum obat</li> <li>- Klien memahami apa yang sudah dijelaskan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 150/90 mmHg</li> <li>- N : 78x / menit</li> <li>- RR : 21x/ menit</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : pertahankan dan lanjutkan intervensi</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Sakit kepala	3	4	5	Tekanan darah	3	3	4					
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																
Sakit kepala	3	4	5																
Tekanan darah	3	3	4																
Minggu, 05 Juni 2022 14.00	Risiko Jatuh berhubungan dengan Riwayat Jatuh (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien memahami apa yang sudah dijelaskan</li> <li>- jika ingin berjalan pasien dibantu oleh anaknya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kekuatan otot klien sedikit membaik</li> <li>- skala morse 80, resiko sedang jatuh</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan resiko jatuh teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target													
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																



		<table border="1"> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berjalan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 4.1, 4.2, 4.3, 4.4</p>	Jatuh saat berdiri	2	4	5	Jatuh saat berjalan	3	4	4									
Jatuh saat berdiri	2	4	5																
Jatuh saat berjalan	3	4	4																
Hari Ketiga Senin, 06 Juni 2022 11.00	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Hambatan Fisik (D.0119)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan senang untuk berlatih bicara</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengikuti arahan untuk melakukan latihan AIUEO</li> <li>- Klien mampu berkomunikasi dengan satu orang secara fokus</li> <li>- Klien semangat untuk latihan</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Afasia</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.4, 1.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Kemampuan berbicara	2	3	4	Afasia	2	3	4	Pelo	2	2	4	
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																
Kemampuan berbicara	2	3	4																
Afasia	2	3	4																
Pelo	2	2	4																
Senin, 06 Juni 2022 14.00	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bisa latihan duduk dan berdiri sambil menggunakan alat bantu</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat berlatih mobilisasi dini</li> </ul> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan Otot</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan dan Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Pergerakan Ekstremitas	3	4	4	Kekuatan Otot	3	3	4					
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																
Pergerakan Ekstremitas	3	4	4																
Kekuatan Otot	3	3	4																
Senin, 06 Juni 2022 15.15	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Faktor Resiko Hipertensi (D.0017)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengikuti arahan yang disampaikan</li> <li>- Klien antusias untuk sembuh</li> <li>- TD : 150/90 mmHg</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan risiko perfusi serebral teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Sakit kepala	3	4	4	Tekanan darah	3	4	4					
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target																
Sakit kepala	3	4	4																
Tekanan darah	3	4	4																

		P : pertahankan intervensi													
Senin, 06 Juni 2022 15.40	Risiko Jatuh berhubungan dengan Riwayat Jatuh (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istri pasien mengatakan pasien selalu dibantu untuk latihan berjalan</li> <li>- Pasien paham dengan apa yang sudah dijelaskan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu berdiri jika dibantu oleh keluarga</li> <li>- Aktivitas klien dibantu keluarga</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Hasil</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berjalan</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : pertahankan intervensi</p>	Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target	Jatuh saat berdiri	2	5	5	Jatuh saat berjalan	3	4	4	
Kriteria hasil	Awal	Hasil	Target												
Jatuh saat berdiri	2	5	5												
Jatuh saat berjalan	3	4	4												

**Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan**