

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN IBU M YANG MENGALAMI
STROKE NON HEMORAGIK DI HOMECARE CAHAYA HUSADA
KALIMANTAN TIMUR**

KARYA TULIS ILMIAH



DIAJUKAN OLEH :

RIKY MAULANA

2011102416024

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2023

**Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M yang Mengalami Stroke Non
Hemoragik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya



Diajukan Oleh :

Riky Maulana

2011102416024

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2023

MOTO

“Barang siapa bertakwa kepada Allah maka dia akan menjadikan jalan keluar baginya, dan memberinya rezeki dari jalan yang tidak ia sangka, dan barang siapa yang bertawakal kepada Allah maka cukuplah Allah baginya, Sesungguhnya Allah melaksanakan kehendak-Nya, Dia telah menjadikan untuk setiap sesuatu kadarnya”

Q.S. Ath-Thalaq ayat 2-3

“Barang siapa menempuh jalan untuk mendapatkan ilmi, Allah akan memudahkan baginya jalan menuju surga”

HR. Ibnu Majah no.224

HALAMAN PERNYATAANN ORIENTASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul :

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN IBU M YANG MENGALAMI
STROKE NON HEMORAGIK DI HOMECARE CAHAYA HUSADA
KALIMANTAN TIMUR

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No.17, Tahun 2010).

Samarinda, 20 Maret 2023



Riky Maulana

NIM. 2011102416024

LEMBAR PERSETUJUAN

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN IBU M YANG MENGALAMI
STROKE NON HEMORAGIK DI HOMECARE CAHAYA HUSADA
KALIMANTAN TIMUR**

DISUSUN OLEH :

RIKY MAULANA

2011102416024

Disetujui untuk diajukan

Pada Tanggal, 20 Maret 2023

PEMBIMBING



Ns. Feried Rahman Hidayat, S.Kep.M.Kes
NIDN : 1112068002

**Mengetahui,
Koordinator Karya Tulis Ilmiah**



Ns. Misbah Nurjannah, M.Kep,
NIDN. 1129018501

v

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN IBU M YANG MENGALAMI
STROKE NON HEMORAGIK DI HOMECARE CAHAYA HUSADA
KALIMANTAN TIMUR

DISUSUN OLEH :

RIKY MAULANA

2011102416024

Disetujui untuk diajukan

Pada Tanggal, 20 Maret 2023

Penguji I



Ns. Taharuddin, M.Kep
NIDN : 1129058501

Penguji II



Ns. Faried Raman Hidayat, S.Kep, M.Kes
NIDN : 1112068002

Mengetahui,

~~Ketua Program Srtudi DIII Keperawatan~~



Ns. Tri Wabyuni, M.Kep, Sg.Mat., Ph.D
NIDN : 1105077501

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI**

Sebagai sivit akademika Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Riky Maulana
NIM : 2011102416024
Program Studi : DIII Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Hak Bebas *Royalti Noneksklusif* (Non-Exclusive-Royalti-Free Right) atas karya tulis saya yang berjudul:

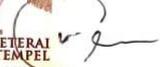
“STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN IBU M YANG
MENGALAMI STROKE NON DI HOMECARE CAHAYA HUSADA
KALIMANTAN TIMUR”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif Universitas Muhammadiyah berhak menyimpan, mengalih mediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Dibuat : Samarinda

Pada Tanggal : 20 Maret 2023

Yang Menyatakan

Riky Maulana



KATA PENGANTAR

Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dukungan, bimbingan, dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Pimpinan Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur Kota Samarinda
3. Dr. Hj. Nunung Herlina, S.Kep., M.Pd, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
4. Ns. Tri Wahyuni, M.Kep, Sp.Mat., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
5. Ns. Misbah Nurjannah, M.Kep. selaku Koordinator Karya Tulis Ilmiah
6. Ns. Taharuddin, M.Kep selaku Penguji I
7. Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes, selaku Penguji II dan Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
8. Orang tua dan teman-teman yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan do'a dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

9. Rekan mahasiswa angkatan 2020 yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
10. Rekan kontrakan yang selalu memberikan dukungan, semangat, serta ejekan untuk memotifasi saya dalam pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini
11. Seluruh Civitas Akademika telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Peneliti sangat menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, sehingga peneliti mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi perbaikan selanjutnya.

Penulis

Riky Maulana

Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M yang Mengalami Stroke Non Hemoragik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur

Riky Maulana, feried Rahman Hidayat

INTISARI

Latar Belakang : Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena suplai darah ke otak terganggu atau berkurang karena adanya sumbatan pada pembuluh darah. Stroke non hemoragik memiliki berbagai dampak yang ditimbulkan selain kelumpuhan pada anggota gerak atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, maka pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan untuk melakukan gerakan. Tindakan non-farmakologi untuk mengatasi penurunan kekuatan salah satunya dengan latihan range of motion (ROM). Tujuan : Untuk mendapatkan pengalaman ataupun gambaran nyata dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik serta mengetahui penerapan range of motion (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik. Metode : Metode penelitian yang digunakan ialah studi kasus asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan atau intervensi keperawatan, pelaksanaan atau implementasi dan evaluasi. Dalam studi kasus ini penulis mengambil judul Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur. Hasil : Berdasarkan pada studi kasus yang sudah dilaksanakan selama 5 hari terhadap Ny.M dilakukan asuhan keperawatan dengan melatih Range Of Motion (ROM) selama 5 hari didapati tidak ada perubahan yang terjadi pada pada klien. Kesimpulan : Tidak terdapat peningkatan kekuatan otot sesudah dilakukan latihan range of motion (ROM) yang dilakukan kepada Ny. M

Kata Kunci : Stroke non hemoragik, latihan range of motion (ROM)

Case Study of Nursing Care for Mrs. M who Experienced a Non-Hemorrhagic Stroke at Homecare Cahaya Husada East Kalimantan

Riky Maulana, feried Rahman Hidayat

ABSTRACT

Background: Non-hemorrhagic stroke is a stroke caused when the blood supply to the brain is disrupted or reduced due to a blockage in the blood vessels. Non-hemorrhagic strokes have various impacts other than paralysis of the limbs or disability. If there is a blockage in the motor system, the patient will experience limitations or difficulty in making movements. One of the non-pharmacological measures to overcome decreased strength is range of motion (ROM) training. Objective: To gain experience or a real picture in providing nursing care to non-hemorrhagic stroke clients who experience impaired physical mobility and to understand the application of range of motion (ROM) to muscle strength in non-hemorrhagic stroke patients. Method: The research method used is a case study of nursing care which includes assessment, nursing diagnosis, nursing planning or intervention, implementation and evaluation. In this case study, the author took the title Case Study of Nursing Care for Mrs. M Who Experienced a Non-Hemorrhagic Stroke at Homecare Cahaya Husada, East Kalimantan. Results: Based on a case study that was carried out for 5 days on Mrs. M, nursing care was carried out by training Range of Motion (ROM) for 5 days, it was found that no changes occurred in the client. Conclusion: There was no increase in muscle strength after range of motion (ROM) exercises were carried out on Mrs. m

Keywords: Non-hemorrhagic stroke, range of motion (ROM) exercises

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
MOTO.....	ii
LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASIH.....	vi
INTISARI.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Penyakit.....	7
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
BAB III.....	45
METODE PENELITIAN.....	45
A. Definisi Penelitian.....	45
B. Subyek Studi Kasus.....	45
C. Fokus Studi.....	45
D. Definisi Operasional.....	46
E. Instrumen Studi Kasus.....	47
F. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	47

G. Prosedur Penelitian.....	47
H. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data.....	48
I. Keabsahan Data.....	48
J. Analisis Data dan Penyajian Data.....	49
K. Etika Studi Kasus.....	49
BAB IV.....	50
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
A. Hasil.....	50
B. Pembahasan.....	91
BAB V.....	104
KESIMPULAN DAN SARAN.....	104
A. Kesimpulan.....	104
B. Saran.....	106
DAFTAR PUSTAKA.....	108
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Hasil.....	29
Tabel 2.2 SOP (Standar Operasional Prosedur (ROM)	43
Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang	61
Tabel 4.2 Analisis data dan diagnosa keperawatan.....	62
Tabel 4.3 Intervensi keperawatan stroke non hemoragik.....	64
Tabel 4.4 Implementasi keperawatan stroke non hemoragik.....	67
Tabel 4.5 Tindakan Ranger of motion (ROM).....	74
Tabel 4.6 Evaluasi.....	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patwey Store Non Hemoragik.....	11
Gambar 4.1 Genogram Klien.....	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Biodata Diri

Lampiran 2 Lembar Konsultasi

Lampiran 3 Hasil Uji Plagiasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit yang menjadi persoalan di dunia salahsatunya adalah stroke, terbukti dengan tanggal 29 oktober merupakan hari stroke sedunia. Tercatat hampir 85% orang mempunyai kemungkinan terkena penyakit stroke, tetapi dengan adanya atau bertambahnya kesadaran dalam mengatasi faktor resiko yang terjadi dapat mengurangi jumlah pasien stroke (Firmansyah, dkk, 2021).

Stroke adalah gangguan sistem saraf pusat atau serangan pada syaraf pusat yang dapat menyebabkan kelumpuhan anggota badan dan kelemahan pada otot (Derang, 2020). Ada dua tipe stroke yaitu stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena suplai darah ke otak terganggu atau berkurang karena adanya sumbatan pada pembuluh darah (Sugharti dkk, 2020). Dan stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pendarahan akibat pecahnya pembuluh darah di bagian otak (wulandari, 2019).

Penyebab dari penyakit Stroke Non Hemoragik karena adanya penumpukan kolestrol pada dinding pembuluh darah atau biasa disebut Aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Penyebab lain dari Stroke Non Hemoragik berdasarkan hasil pengolahan data mengenai perbandingan yaitu Hipertensi. (Pudiastuti, 2018). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2018 prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7% dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) atau gejala

sebesar 14,5%. Jadi, sebanyak 76,5% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Kalimantan Timur (14,7%), diikuti di Yogyakarta (14,3%), Sulawesi Utara 14 per mil. Sementara itu di Sumatera Utara prevalensi kejadian stroke sebesar 9,5%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan lebih banyak pria (11%) dibandingkan dengan wanita (10%). Didapat data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan peresentase 13,2% dari 460 kasus.

Terdapat tiga penatalaksanaan pasien stroke non hemoragik sebagai tujuan utama, yaitu meminimalkan kerusakan neurologis lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (immobility), serta mencegah serangan stroke berulang (kambuh). Sebagian besar pasien stroke non hemoragik yang mengalami komplikasi mendapatkan obat dari polifarmasi. Untuk hasil terapi yang baik pada pasien stroke yang menjalani pengobatan dibutuhkan juga kedisiplin ilmu antara dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain bahkan peran keluarga (Handayani & Dominica, 2019).

Menurut (Santoso, 2018) stroke non hemrogaik memiliki berbagai dampak yang ditimbulkan selain kelumpuhan pada anggota gerak atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, maka pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan untuk melakukan gerakan. Bagian

Anggota ekstremitas yang diserang adalah ekstremitas atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan kemampuan fungsi motorik pada tangan seperti gangguan kemampuan menggenggam dan mencubit, sehingga perlu dilakukan pemulihan pada fungsi motorik halus.

Pasien pasca stroke menjadi lebih sensitive emosionalnya apabila dukungan keluarga rendah maka pasien pasca stroke akan mengalami kesulitan beradaptasi dengan perubahan fisik maupun fisiologis, oleh karena itu dibutuhkan rehabilitasi pada pasien stroke non hemarogaik perlu dilakukan agar dapat meminimalkan kecacatan fisik, maka rehabilitasi pada pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin dengan cepat dan tepat sehingga pemulihan fisik dapat lebih cepat dan optimal, serta menghindari kelemahan otot. Pasien stroke yang mengalami kelemahan otot dan tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi, salah satunya adalah kontraktur yang menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi, gangguan aktivitas sehari-hari dan cacat yang tidak dapat disembuhkan (Anggraini, Septiyanti & Dahrizal, 2018).

Maka berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik mengambil kasus dengan judul “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami

Stroke Non Hemoragik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun maksud dari tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran atau pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke non hemorogik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian dan analisa data pada klien dengan Strokr No Hemoragik.
- b. Mampu melakukan perumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Strokr No Hemoragik.
- c. Mampu menetapkan rencana asuhan keperawatan (Intervensi Keperawatan) pada klien dengan Strokr No Hemoragik.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan Strokr No Hemoragik.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien dengan Strokr No Hemoragik.
- f. Mampu menganalisis satu tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Strokr No Hemoragik berdasarkan Evidence Based.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Manfaat dari hasil penelitian secara teoritis diharapkan dapat memberikan sumbangan untuk memperbaiki dan mengembangkan kualitas pendidikan ataupun kualitas asuhan keperawatan, khususnya yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. Sebagai kajian pustaka bagi mereka yang akan melaksanakan dalam bidang yang sama.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Peneliti/ Mahasiswa

Dapat menambah wawasan dan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan penulis serta sebagai sarana dalam menerapkan teori yang diperoleh selama mengikuti kuliah dalam bentuk penelitian terhadap studi kasus asuhan keperawatan pada klien yang mengalami di stroke non hemoragik di Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur.

b. Manfaat Bagi Instansi Terkait (Homecare Cahaya Husada Kalimantan Timur)

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam meningkatkan dan mengembangkan standar operasional prosedur asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke non hemoragik.

c. Manfaat Bagi Pasien Dan Keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk klien dalam membantu mengatasi masalah yang timbul akibat penyakit stroke non hemoragik sehingga mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik atau non hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan oleh trombus (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak (Syaridwan, 2019). Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan Antherosclerosis dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari Trombus di jantung. Stroke non hemoragik mengakibatkan beberapa masalah yang muncul, seperti gangguan menelan, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi, dan salah satunya yang menjadi masalah yang menyebabkan kematian adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral (Khotimah et al., 2021).

2. Etiologi

Kerusakan saraf pada pasien stroke non hemoragik dapat menyebabkan sumbatan total atau sebagian pada satu atau lebih pembuluh darah serebral sehingga aliran darah ke otak terhambat. Pecahnya pembuluh darah terjadi akibat sumbatan atau sumbatan pembuluh darah oleh gumpalan sehingga terjadi kerusakan jaringan otak karena otak kekurangan suplai oksigen dan nutrisi (Daya, 2017). Pada stroke iskemik, suplai darah ke bagian otak berkurang

sehingga menyebabkan disfungsi jaringan otak di area tersebut. Ada empat penyebab mengapa hal ini bisa terjadi, yaitu :

a. Trombosis

Trombosis adalah penyumbatan pembuluh darah oleh gumpalan darah yang terbentuk secara lokal,

b. Emboli

Emboli adalah sumbatan akibat emboli dari tempat lain tumbuh,

c. Hipoperfusi sistemik

Hipoperfusi sistemik adalah penurunan suplai darah secara umum, misalnya syok, vena cerebral thrombosis sinus.

d. Kriptogenik

Sedangkan stroke tanpa penjelasan yang jelas disebut kriptogenik (alasanannya tidak diketahui). Ini menyumbang 30-40% dari semua stroke iskemik (Chugh, 2019).

Stroke non hemoragik memiliki berbagai dampak selain kelumpuhan anggota tubuh atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan dalam melakukan gerakan. Anggota ekstremitas yang diserang adalah ekstremitas atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan fungsi motorik pada tangan seperti gangguan kemampuan menggenggam dan mencubit, sehingga perlu dilakukan pemulihan fungsi motorik halus (Santoso, 2018).

3. Tanda dan Gejala

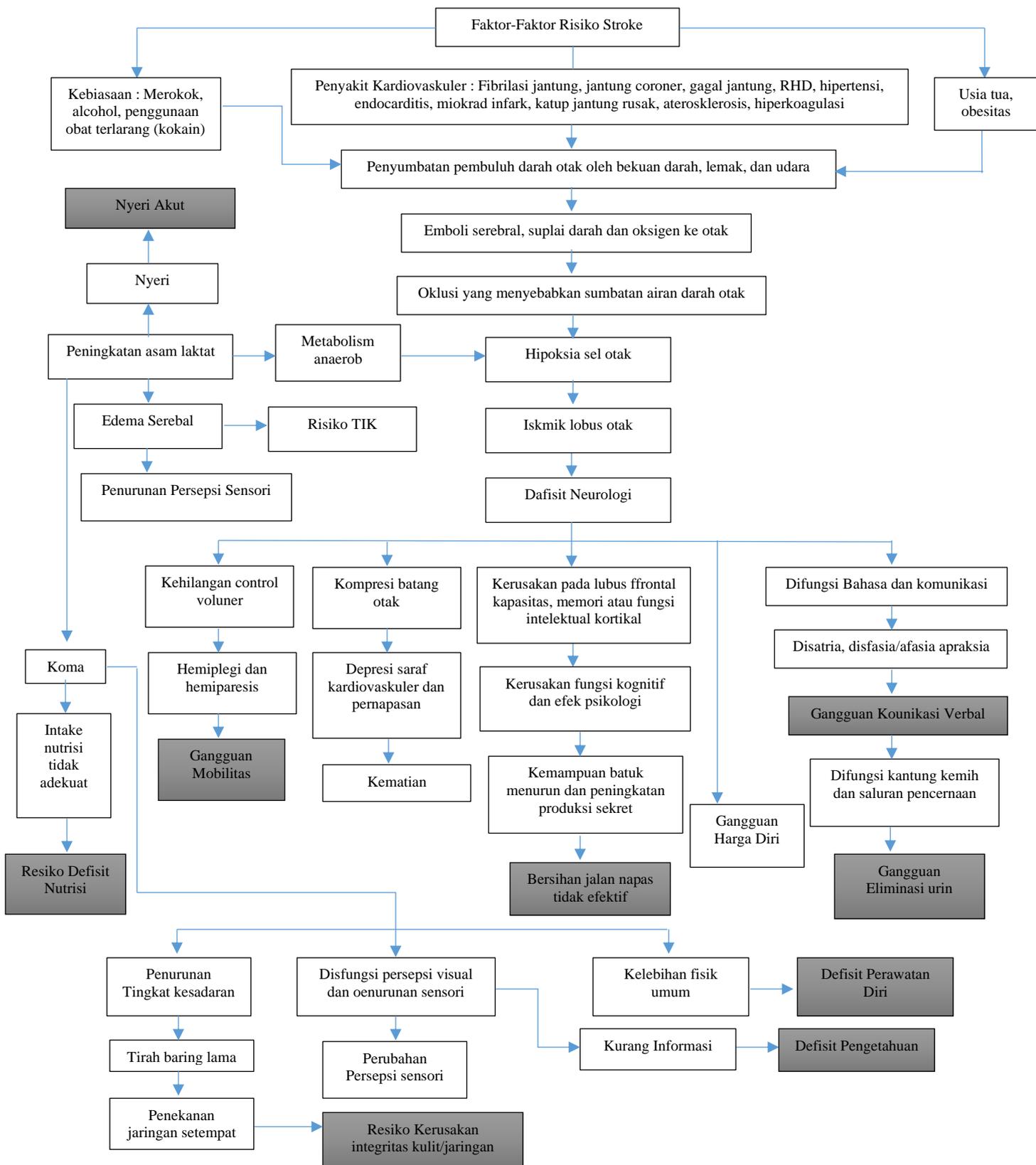
Gejala klinis pada stroke non hemoragik berupa kelumpuhan wajah

atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensory), perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (tidak lancar atau tidak dapat berbicara), disartria (bicara pelo atau cadel), ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran), vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala) (Ferry & Rahmawati Dian Nurani, 2022).

4. Patofisiologi (Pathway)

Stroke non hemoragik disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak. Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor di sel-sel saraf, menghasilkan influks natrium dan kalsium. Influks natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influks

kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang mencegah protein, lemak, dna struktur sel. kalsium menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang mengatur metabolisme sel. Kegagalan Kegagalan tersebut yang membuat sel otak mati atau nekrosis (Haryono & Utami, 2019)



Gambar 2.1 Pathway stroke Non Hemoragik
 Sumber : (Nia kurniawan dalam Laporan Pendahuluan Stroke Non Heoragik, 2021)

5. Klasifikasi

Menurut (Utami, 2019) stroke non hemoragik atau terjadi ketika arteri ke otak mengalami penyempitan atau adanya hambatan, sehingga aliran darah menjadi berkurang (Iskemia). Stroke non hemoragik dapat dibedakan menjadi dua, sebagai berikut:

a. Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi karena terbentuknya gumpalan darah (trombus) pada salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut akibat dari deposit lemak (plak) yang menumpuk pada arteri dan mengakibatkan aliran darah menjadi berkurang (aterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.

b. Stroke Embolic

Stroke embolik terjadi saat gumpalan darah atau debris lainnya menyebar dari otak dan terbawa melalui aliran darah. Gumpalan ini disebut Embolus. Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang mengakibatkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta.

6. Faktor Resiko

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (non-modifiable risk factors) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (modifiable risk factors) (Nastiti, 2017). Berikut faktor- faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

a. Faktor resiko tidak dapat dikendalikan

1) Umur

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

2) Jenis Kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

3) Faktor Genetik

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

b. Faktor resiko dapat dikendalikan

1) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan pertambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar

terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40 persen.

2) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imaging (Misbach, 2019) Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Yulianto, 2017).

3) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level Low Density Lipoprotein (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke

meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserida menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2017).

4) Aktivitas fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke (Yulianto, 2017). Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2019).

7. Komplikasi

Menurut Rudi & Utami (2019) menyatakan, bahwa stroke dapat menyebabkan cacat sementara atau permanen, tergantung pada berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang berdampak. Komplikasi yang bisa terjadi :

- a. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan pada otot. Penderita stroke bisa menjadi lumpuh di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali pada otot-otot tertentu, seperti otot-otot di satu sisi wajah atau bagian tubuh yang lainnya, terapi fisik dapat membantu penderita kembali ke aktivitas yang terkena kelumpuhan, seperti berjalan, makan, dan berdandan.
- b. Kesulitan berbicara atau menelan. Stroke dapat mempengaruhi kontrol otot-otot di mulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderita stroke untuk berbicara dengan jelas (disatria), menelan (disfagia), atau makan. Penderita stroke juga mungkin mengalami kesulitan dengan Bahasa (afasia), termasuk

berbicara atau memahami ucapan, membaca atau menulis. Terapi dengan ahli bicara dapat membantu.

- c. Kehilangan memori atau kesulitan berpikir. Banyak penderita stroke juga mengalami kehilangan dalam ingatan. Selain itu, penderita stroke juga dapat mengalami kesulitan berpikir, membuat penilaian, dan memahami konsep.
- d. Rasa sakit. Nyeri, mati rasa, atau sensasi aneh yang lainnya dapat terjadi pada bagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya, stroke dapat menyebabkan lengan bagian kiri seseorang mati rasa, sehingga penderita tersebut merasakan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di bagian lengan tersebut.
- e. Penderita stroke mungkin sensitif terhadap perubahan suhu setelah stroke, terutama cuaca dingin. Seseorang yang mengalami stroke mungkin menjadi lebih menarik diri dan kurang sosial atau lebih impulsif. Mereka mungkin membutuhkan bantuan perawatan dan melakukan pekerjaan sehari-hari.

Sedangkan komplikasi Stroke Menurut (Pudiasuti, 2017) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

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

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

8. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2021) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Umum

1) Pada fase akut

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya ; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- c) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- d) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- e) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik.
- f) Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastrik tube. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastole >120 mmHg, Mean Arterial Blood Pressure (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu

30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.

- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium
 - h) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol <90 mmHg, distol <70 mmHg, diberikan NaCL, 0,9 % 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan dopamine 2 – 2 jug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.
 - i) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100 mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
 - j) Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kg BB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
 - b) Program manajemen Bladder dan Bowel.
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM).
 - d) Pertahankan integritas kulit.
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif.
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari – hari.
 - g) Persiapan pasien pulang.
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan cerebellum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

b. Penatalaksanaan Medis

1) Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

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

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

b) Antikoagulan

Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.

c) Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.

d) Antihipertensi

Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5- 15 menit maksimal 15 mg/jam; setelah

tercapai target maka dapat disesuaikan dengan nilai tekanan darah. Apabila tekanan darah tidak tercapai. Pasien sudah mendapat rtPA, namun tekanan darah sistolik >180-230 mmHg atau diastol >105-120 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10 mg IV, kemudian infus IV kontinu 2-8 mg/menit atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam tiap 5-15 menit, maksimal 15 mg/jam. Tekanan darah selama dan setelah rtPA.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Perawat memiliki peran sebagai pelaksana asuhan keperawatan, sebagai edukator, dan sebagai advokat. Tugas perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan pengkajian, membuat diagnosa, perencanaan intervensi, dan memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana intervensi yang telah dibuat, hingga mengevaluasi tindakan. Perawat perlu menjalin kerjasama dengan keluarga dan orang-orang terdekat pasien untuk memberikan dukungan terkait tindakan pengobatan yang akan dilakukan sehingga dapat meningkatkan kepatuhan dalam melakukan perawatan (Noor Rochmah, dkk. 2018). Proses keperawatan ini adalah pedoman untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis untuk mengetahui kesehatan klien (Tampubolon, 2018).

a. Identitas Klien

Dalam data umum meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal MRS, dan diagnosa medis (Wahid, 2013).

b. Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota

gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran (Gefani, 2017).

c. Data Riwayat Kesehatan

1) Data Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien stroke non hemoragik diawali gangguan neuromuscular. Gangguan neuromuskular merupakan kondisi progresif yang dikarakteristikan dengan degenerasi saraf motorik di bagian korteks, inti batang otak dan sel kornu anterior pada medulla spinalis sehingga menimbulkan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya (Rianawati & Rahayu, 2015).

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu dalam menggali permasalahan yang mendukung masalah saat ini pada klien dengan defisit neurologi adalah sangat penting. Pertanyaan sebaiknya diarahkan pada penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang 18 kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami klien sekarang. (Tarwanto&Wartonah, 2018).

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Purwanto, 2016).

d. Pemeriksaan Fisik

Menurut Tarwoto (2017). Hal-hal yang perlu dikaji dalam pemeriksaan fisik antara lain:

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan

biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

(a) GCS (Glasgow Coma Scale)

GCS dirancang sebagai pedoman untuk mengevaluasi tingkat kesadaran dengan cepat klien kritis atau cedera berat.

(b) Penilaian tingkat kesadaran mencakup 3 respon, yaitu :

- (1) Mata (Eye)
- (2) Bicara (Verbal)
- (3) Pergerakan (Motorik)

(c) Nilai Normal Total Maksimum

Untuk sadar penuh dan terjaga adalah 15 = E4-V5-M6

(d) Nilai 3-7 = koma. Jika bertahan buruknya pemulihan fungsi

(e) Motorik :

NB : Rangsangan nyeri yang diberikan harus kuat. Tidak ada trauma spinal. Bila hal ini ada, maka selalu negative. Berikut ketentuan nilai – nilai untuk pengkajian motorik : Nilai 6 = Mampu mengikuti perintah sederhana. Nilai 5 = Mampu menunjukan tepat, tempat rangsangan nyeri. Nilai 4 = Fleksi menjauh dari rangsangan nyeri, tapi tidak mampu menunjukan lokasi/tempat rangsangan nyeri. Nilai 3 = Fleksi abnormal (decorticate), bahu adduksi, fleksi dan pronasi lengan bawah, fleksi pergelangan dan tinju mengepal, bila diberi rangsangan nyeri. Nilai 2 = Extensi abnormal (decerebrate). Bahu adduksi dan rotasi interna, extensi lengan bawah, fleksi, pergelangan tangan dan tinjau mengepal bila diberi rangsangan nyeri. Nilai 1 = Sama sekali tak ada respon.

(f) Verbal :

NB : Respon verbal diperiksa pada saat pasien terjaga (bangun) dan pemeriksaan ini tidak berlaku bila pasien:

- (1) Dysphasia/aphasia
- (2) Mengalami trauma mulut
- (3) Dipasang intubasi trachea (ETT)

Berikut ketentuan nilai – nilai untuk mengukur verbal : Nilai 5 = Pasien orientasi penuh/ baik dan mampu bicara. Orientasi tempat, waktu. Nilai 4 = Pasien confuse/ tidak orientasi penuh. Nilai 3 = Bisa bicara, kata-kata yang diucapkan jelas dan baik, tetapi tidak nyambung dengan apa yang dibicarakan. Nilai 2 = Bisa bersuara tetapi tidak dapat ditangkap jelas apa artinya/”menggerenyam” suara-suara tidak dapat dikenali apa makna katanya. Nilai 1 = Tidak bersuara apapun walau diberikan rangsangan nyeri

(g) Membuka mata :

Berikut nilai – nilai untuk respon pasien dalam membuka mata : Nilai 4 = Mata membuka spontan, misalnya sesudah disentuh. Nilai 3 = Mata baru membuka kalau diajak bicara, atau dipanggil nama atau diperintahkan membuka mata. Nilai 2 = Mata membuka hanya kalo terangsang kuat. Nilai 1 = Tidak membuka mata walaupun dirangsang kuat.

(h) Berikut terdapat rincian kesadaran serta nilai GCS

- (1) Kompos mentis = sadar penuh (GCS 14-15)
- (2) Apatis = Acuh tak acuh (GCS 12 – 13)
- (3) Delirium = Kacau motorik, berontak, teriak (GCS 10 – 11)
- (4) Somnolen/letargi = Mau tidur saja, mengantuk, tetapi dapat mengikut perintah sederhana ketika dirangsang (GCS 7-9)
- (5) Sopor = Sangat sulit untuk dibangunkan, tidak konsisten, dapat mengikuti perintah sederhana, atau berbicara satu kata, atau frase pendek (GCS 5-6)
- (6) Semikoma = Reaksi terhadap nyeri saja, tidak mengikuti perintah (GCS 4)
- (7) Koma = Kesadaran hilang dan tidak berespon pada semua stimulasi (GCS 3)

2) Tanda – Tanda Vital

(a) Tekanan Darah

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

(b) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit.

(c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas. Sedangkan pernapasan normal adalah 16 – 20 x/menit.

(d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik. Sedangkan suhu normal adalah $36,1 - 37,2^{\circ}\text{C}$

3) Wajah

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

4) Mata

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

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

5) Mulut dan Gigi

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

6) Leher

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

7) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan brudzinski 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinski (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Chaddock (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek oppenheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketikkan (reflek patella (+)).

Berikut penilaian kekuatan otot ada 0,1.2.3.4.5. Jadi, 0 = Otot tak mampu bergerak, misalnya jika tapak tangan dan jari mempunyai skala 0 berarti tapak tangan dan jari tetap aja ditempat walau sudah diperintahkan untuk bergerak. 1 = Jika otot ditekan masih terasa ada kontraksi ini berarti otot masih belum atrofi atau belum layu. 2 = Dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah misalnya tapak tangan disuruh telungkup atau lurus, tapi jika ditahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak. 3 = Dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal, misalnya dapat menggerakkan tapak tangan dan jari, dapat mengangkat tp begitu diberi tekanan langsung jatuh. 4 = Dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan. 5 = Bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal.

8) Aktivitas dan Istirahat

- a) Gejala : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
- b) Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

e. Sirkulasi

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

f. Integritas Ego

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

g. Eliminasi

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

h. Makanan atau Cairan

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

i. Neurosensori

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

j. Kenyamanan atau Nyeri

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang akurat dan jelas mengenai status kesehatan klien atau masalah atau risiko aktual untuk mengidentifikasi

dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien (Melliany, 2018). Jadi diagnosa menurut Nia Kurniawan dalam Laporan Pendahuluan Stroke Non Hemoragik sebagai berikut :

- a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Penurunan sirkulasi serebral (D.0119)
 - b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)
 - c. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan Ketidakmampuan menelan makanan (D.0032)
 - d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0077)
 - e. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
 - f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (D.0109)
 - g. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan Penurunan mobilisasi (D.0139)
 - h. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Spasme jalan napas (D.0001)
 - i. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan Kelemahan otot pelvis (D.0040)
3. Perencanaan Keperawatan (intervensi)

Perencanaan keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam upaya membantu, meringankan, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan pasien. Pada tahap ini perawat merencanakan tindakan keperawatan agar dalam merawat pasien efektif dan efisien (Tampubolon, 2018). Berikut ini merupakan intervensi keperawatan yang diambil dari buku SDKI, SLKI, dan SIKI (Tim Pokja SDKI 2016, Tim Pokja SKI 2018, Tim Pokja SIKI 2018).

Tabel 2.1

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan																																																
1	Gangguan komunikasi verbal b.d Penurunan sirkulasi serebral	<p>Komunikasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan komunikasi verbal diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p style="text-align: center;">Tabel 2.2 Kriteria Hasil</p> <table border="1" data-bbox="562 703 1323 1066"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesanggupan berbicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mendengar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah/tubuh</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="562 1150 1323 1321"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Afasia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Disfasia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Cukup Menurun	Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Kesanggupan berbicara	1	2	3	4	5	Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5	Kemampuan ekspektasi wajah/tubuh	1	2	3	4	5	Kontak mata	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Afasia	1	2	3	4	5	Disfasia	1	2	3	4	5	<p>Promosi komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>1.2 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memory dengar, dan bahasa)</p> <p>1.3 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>1.4 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <p>1.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus,</p>
Kriteria Hasil	Cukup Menurun	Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
Kesanggupan berbicara	1	2	3	4	5																																														
Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5																																														
Kemampuan ekspektasi wajah/tubuh	1	2	3	4	5																																														
Kontak mata	1	2	3	4	5																																														
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																														
Afasia	1	2	3	4	5																																														
Disfasia	1	2	3	4	5																																														

		<table border="1"> <tr><td>Apraksia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Disleksia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Disatria</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Afonia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Dislalia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Pelo</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Gagap</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kereteria Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup Memburuk</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Membaik</th> <th>Membaik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respon Perilaku</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pemahaman komunikasi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Apraksia	1	2	3	4	5	Disleksia	1	2	3	4	5	Disatria	1	2	3	4	5	Afonia	1	2	3	4	5	Dislalia	1	2	3	4	5	Pelo	1	2	3	4	5	Gagap	1	2	3	4	5	Kereteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	Respon Perilaku	1	2	3	4	5	Pemahaman komunikasi	1	2	3	4	5	<p>bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>1.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>1.8 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>1.9 Berikan dukungan psikologis Gunakan juru bicara, jika perl Edukasi</p> <p>1.10Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>1.11Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.12Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
Apraksia	1	2	3	4	5																																																										
Disleksia	1	2	3	4	5																																																										
Disatria	1	2	3	4	5																																																										
Afonia	1	2	3	4	5																																																										
Dislalia	1	2	3	4	5																																																										
Pelo	1	2	3	4	5																																																										
Gagap	1	2	3	4	5																																																										
Kereteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik																																																										
Respon Perilaku	1	2	3	4	5																																																										
Pemahaman komunikasi	1	2	3	4	5																																																										
2	Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot	<p>Mobilitas Fisik (05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Mobilitas Fisik diharapkan ekspektasi Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Penggerak ekstremitas	1	2	3	4	5	Kekuatan otot	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</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>																																										
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																																										
Penggerak ekstremitas	1	2	3	4	5																																																										
Kekuatan otot	1	2	3	4	5																																																										

		<table border="1"> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kecemasan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kaku sendi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan terbatas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan Fisik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Nyeri	1	2	3	4	5	Kecemasan	1	2	3	4	5	Kaku sendi	1	2	3	4	5	Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5	Gerakan terbatas	1	2	3	4	5	Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5	<p>2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>2.6 Fasilitasi melakukan gerakan, jika perlu</p> <p>2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <p>2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.9 Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5																																														
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																														
Nyeri	1	2	3	4	5																																														
Kecemasan	1	2	3	4	5																																														
Kaku sendi	1	2	3	4	5																																														
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5																																														
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5																																														
Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5																																														
3	<p>Resiko defisit nutrisi</p> <p>b.d</p> <p>Ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Status Nutrisi diharapkan ekspektasi Membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Promosi makan yang dihabiskan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot pengunyah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot menelan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Promosi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5	Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5	Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan I</p> <p>3.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>3.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>3.6 Monitor asupan makanan</p>																								
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
Promosi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5																																														
Kekuatan otot pengunyah	1	2	3	4	5																																														
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5																																														

		Diare	1	2	3	4	5	
		Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
		Berat badan	1	2	3	4	5	
		Indeks massa tubuh (IMT)	1	2	3	4	5	
		Frekuensi makan	1	2	3	4	5	
		Nafsu makan	1	2	3	4	5	
		Bising usus	1	2	3	4	5	
		Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5	
		Membran mukosa	1	2	3	4	5	
4	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri akut diharapkan ekspektasi menurun dengan kriteria hasil:						Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan Observasi 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.3 Identifikasi response nyeri non verbal 4.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
		Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5	

Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (terkait)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berkurang	1	2	3	4	5
Anoraksi	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Mutah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik

4.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

4.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri

4.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

4.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

4.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik

4.10 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

4.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

4.12 Fasilitasi istirahat dan tidur

4.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

4.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

4.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri

4.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

4.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

		<table border="1"> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Proses berpikir</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Fokus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Fungsi berkemih</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Frekuensi nadi	1	2	3	4	5	Pola napas	1	2	3	4	5	Tekanan darah	1	2	3	4	5	Proses berpikir	1	2	3	4	5	Fokus	1	2	3	4	5	Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	Perilaku	1	2	3	4	5	Nafsu makan	1	2	3	4	5	Pola tidur						<p>4.18 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5																																																				
Pola napas	1	2	3	4	5																																																				
Tekanan darah	1	2	3	4	5																																																				
Proses berpikir	1	2	3	4	5																																																				
Fokus	1	2	3	4	5																																																				
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5																																																				
Perilaku	1	2	3	4	5																																																				
Nafsu makan	1	2	3	4	5																																																				
Pola tidur																																																									
5	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, tingkat pengetahuan ekspektasi diharapkan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi minta dalam belajar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keampuan menggambarkan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5	Verbalisasi minta dalam belajar	1	2	3	4	5	Mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5	Keampuan menggambarkan	1	2	3	4	5	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>5.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>																								
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																																				
Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5																																																				
Verbalisasi minta dalam belajar	1	2	3	4	5																																																				
Mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5																																																				
Keampuan menggambarkan	1	2	3	4	5																																																				

		<table border="1"> <tr> <td>pengalaman sesuai sesuatu dengan topik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai dengan pengetahuan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	pengalaman sesuai sesuatu dengan topik						Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5	<p>Edukasi</p> <p>5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>5.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>5.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>						
pengalaman sesuai sesuatu dengan topik																					
Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5																
6	Defisit perawatan diri b.d Gangguan muskuloskeletal	<p>Perawatan Diri (L.13121)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, perawatan diri diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>6.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>6.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p>
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5																
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5																

		<table border="1"> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Kemampuan makan	1	2	3	4	5	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5	Mempertahankan kebersihan mulut						<p>Trapeutik</p> <p>6.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi).</p> <p>6.5 Silahkan kemampuan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>6.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandi</p> <p>6.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>6.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6.9 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>6.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
Kemampuan makan	1	2	3	4	5																												
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5																												
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5																												
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5																												
Mempertahankan kebersihan mulut																																	
7	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit / Jaringan d.d Penurunan Mobilisasi</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, integritas kulit dan jaringan diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elasitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Elasitas	1	2	3	4	5	<p>perawatan integritas kulit (L.11353)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi,</p>																		
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																												
Elasitas	1	2	3	4	5																												

		Hidrasi	1	2	3	4	5		<p>penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilisasi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>7.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</p> <p>7.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, trauma selama periode diare</p> <p>7.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>7.6 Gunakan produk berbahan ringan / alami dan dan hipoalergi pada kulit sensitif</p> <p>7.7 Hindari produk berbahaya berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>7.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</p> <p>7.9 Anjuran minum air yang cukup 7.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>7.10 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>7.11 Anjurkan menghindari tempat suhu ekstrem</p> <p>7.12 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p>
		Perfusi jaringan	1	2	3	4	5		
		Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun		
		Kerusakan Jaringan	1	2	3	4	5		
		Kerusakan lapisan kulit	1	2	3	4	5		
		Nyeri	1	2	3	4	5		
		Pendarahan	1	2	3	4	5		
		Kemerahan	1	2	3	4	5		
		Hematoma	1	2	3	4	5		
		Pegamentasi abnormal	1	2	3	4	5		
		Jaringan parut	1	2	3	4	5		
		Nekrosis	1	2	3	4	5		
		Abrasi kornea	1	2	3	4	5		
		Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	sedang	Cukup Membaik	Membaik		

		<table border="1"> <tr> <td>Suhu Kulit</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>sensasi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pertumbuhan Rambut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Suhu Kulit	1	2	3	4	5	sensasi	1	2	3	4	5	Tekstur	1	2	3	4	5	Pertumbuhan Rambut						Anjurkan mandi dan menggunakan sabun yang cukup.																		
Suhu Kulit	1	2	3	4	5																																								
sensasi	1	2	3	4	5																																								
Tekstur	1	2	3	4	5																																								
Pertumbuhan Rambut																																													
8	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Spasme jalan napas	<p>Bersihan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, bersihan jalan napas diharapkan ekspektasi Meningkatkan dengan Kriteria Hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkatkan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkatkan</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Megi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mekonium (pada neonatus)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Batuk efektif	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Produksi sputum	1	2	3	4	5	Megi	1	2	3	4	5	Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5	Dispnea	1	2	3	4	5	<p>Manajemen jalan Napas (01011) Tindakan Observasi</p> <p>8.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 8.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 8.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.4 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 8.5 Posisikan semi-Fowler atau Fowler 8.6 Berikan minum hangat 8.7 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal 8.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p>
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Meningkat	Cukup Meningkatkan																																								
Batuk efektif	1	2	3	4	5																																								
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																								
Produksi sputum	1	2	3	4	5																																								
Megi	1	2	3	4	5																																								
Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5																																								
Dispnea	1	2	3	4	5																																								

		<table border="1"> <tr> <td>Sulit bicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup Memburuk</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Membaik</th> <th>Membaik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola napas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Sulit bicara	1	2	3	4	5	Sianosis	1	2	3	4	5	Gelisah	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	Frekuensi napas	1	2	3	4	5	Pola napas	1	2	3	4	5	<p>8.11 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8.12 Anjuran asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8.13 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
Sulit bicara	1	2	3	4	5																																		
Sianosis	1	2	3	4	5																																		
Gelisah	1	2	3	4	5																																		
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik																																		
Frekuensi napas	1	2	3	4	5																																		
Pola napas	1	2	3	4	5																																		
9	Gangguan Eliminasi Urin b.d Kelemahan otot pelvis	<p>Eliminasi Urin (L.04034)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urin Membaik dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sensai berkemih</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desakan berkemih (urgensi)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Distensi kandung kemih</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	Sensai berkemih	1	2	3	4	5	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Desakan berkemih (urgensi)	1	2	3	4	5	Distensi kandung kemih	1	2	3	4	5	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.13350)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>9.1 Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>9.2 Monitor integritas kulit pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.3 Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi</p> <p>9.4 Dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten</p> <p>9.5 Jaga privasi selama eliminasi</p> <p>9.6 Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu</p>						
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																		
Sensai berkemih	1	2	3	4	5																																		
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																		
Desakan berkemih (urgensi)	1	2	3	4	5																																		
Distensi kandung kemih	1	2	3	4	5																																		

		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Berikan tidak tuntas (hesitancy)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Volume residu urin</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Urin menetes (dribbling)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nokturia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengompol</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Enuresi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Disuria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Berikan tidak tuntas (hesitancy)	1	2	3	4	5	Volume residu urin	1	2	3	4	5	Urin menetes (dribbling)	1	2	3	4	5	Nokturia	1	2	3	4	5	Mengompol	1	2	3	4	5	Enuresi	1	2	3	4	5	Disuria	1	2	3	4	5	<p>9.7 Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan</p> <p>9.8 Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu</p> <p>9.9 Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>9.10 Anjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu</p>
Berikan tidak tuntas (hesitancy)	1	2	3	4	5																																								
Volume residu urin	1	2	3	4	5																																								
Urin menetes (dribbling)	1	2	3	4	5																																								
Nokturia	1	2	3	4	5																																								
Mengompol	1	2	3	4	5																																								
Enuresi	1	2	3	4	5																																								
Disuria	1	2	3	4	5																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Memburuk</th> <th>Cukup Memburuk</th> <th>sedang</th> <th>Cukup Membaik</th> <th>Membaik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi BAK</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Karakteristik urino</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	sedang	Cukup Membaik	Membaik	Frekuensi BAK	1	2	3	4	5	Karakteristik urino	1	2	3	4	5																									
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	sedang	Cukup Membaik	Membaik																																								
Frekuensi BAK	1	2	3	4	5																																								
Karakteristik urino	1	2	3	4	5																																								

4. Tindakan (Regen Of Motion (ROM))

a. 5 Jurnal terkait :

- 1) Menurut (Pourquoi,2020) Pengaruh range of motion (rom) terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke non hemoragik di rs pusat otak nasional (pon). Menyimpulkan bahwa Terapi ROM dinyatakan efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas penderita stroke.
- 2) Menurut (Destya Ariyanti, dkk, 2018) Efektivitas Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik disimpulkan bahwa Range Of Motion efektif terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Tugurejo Semarang.
- 3) Dan menurut (Alini, 2019) Dengan judul. Pengaruh pemberian latihan Range Of Motion (ROM) terhadap kemampuan motorik pada pasien stroke non hemoragik di rs adam malik medan. Menyimpulkan bahwa Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pemberian latihan Range Of Motion (ROM) terhadap kemampuan motorik pada pasien post stroke.
- 4) Serta menurut (Hermanto dkk, 2019) Dengan judul, Efektivitas Mirror Therapy Integrasi Dengan Rom Pada Ekstremitas Atas Dan Bawah Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Di Rsud Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. Menyimpulkan bahwa, terdapat perbedaan tingkat kekuatan otot sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi secara MST, Hand dan Leg Dynamometer.
- 5) Menurut Nurtanti & Ningrum, (2018) Dengan judul, Efektifitas Range Of Motion (rom) aktif terhadap peningkatan kekuatan otot pada penderita stroke. Menyimpulkan bahwa ROM aktif dilakukan setiap pagi dan sore hari dengan waktu setiap latihan 20 menit selama 1 bulan. Semua responden mengalami kenaikan kekuatan otot dari skala 2 yaitu mampu menggerakkan.

b. Prosedur Melakukan Range Of Motion (ROM)

Menurut (Budi et al, 2019) manajemen program latihan yang bisa dilakukan salah satunya latihan Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitas. Manfaat ROM sendiri yaitu memperbaiki tonus otot, mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, dan meningkatkan mobilisasi sendi. Setelah dilakukan tindakan sesuai penelitian yang dilakukan. Berikut standar operasional prosedur (sop) tindakan inovasi range of motion (rom) :

SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)

Range Of Motion (ROM)

Pengkajian	Prosedur teknik non farmakologis yaitu pemberian <i>Range Of Motion</i> (ROM). Latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivasi dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler
Tujuan	Latihan <i>Range Of Motion</i> (ROM) dilakukan dengan tujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Jaringan otot yang memendek akan memanjang secara perlahan apabila dilakukan latihan range of motion dan jaringan otot akan mulai beradaptasi untuk mengembalikan panjang otot kembali normal
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk Kecil 2. Lotion / baby oil 3. Minyak penghangat bila perlu (mis. Minyak telon)
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam memperkenalkan diri dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat 2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien 3. Mengatur posisi pasien sehingga merasa iman dan nyaman
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Prosedur kusu Pergerakan bahu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergerakan tangan dan siku penderita, lalu angkat sebelah bahu putar keluar dan kedalam 2. Angkat tangan ke gerak ke atas kepala dan dibengkokkan, lalu kembali ke posisi awal 3. Gerakan tangan dengan mendekatkan lengan ke arah badan, hingga menjangkau tangan yang lain b. Pergerakan siku

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buat sudut 90° pada sikut lalu gerakan lengan ke atas dan ke bawah dengan menggunakan gerakan setengah lingkaran 2. Gerakan lengan dengan menggunakan siku sampai ke dekat dagu <p>c. Gerakan tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>d. Pergerakan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam 6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar <p>e. Pergerakan leher</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan 2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil tindakan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membersihkan dan merapikan alat ke tempat yang semual 4. Mencuci tangan <p>Mencatat kegiatan dalam Lembar keperawatan</p>

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan atau perwujudan dari intervensi yang sudah ditetapkan dan tujuan yang sama yaitu memenuhi kebutuhan klien dan meningkatkan status kesehatan (Rangga Sany Pratama, 2022).

6. Evaluasi

Fase terakhir proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien dengan membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan (Debora, 2017).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Definisi Penelitian

Metode pendekatan yang digunakan ialah studi kasus asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan atau intervensi keperawatan, pelaksanaan atau implementasi dan evaluasi. Dalam studi kasus ini penulis mengambil judul Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus dalam penulisan ini adalah 1 orang klien dengan Stroke Non Hemoragik di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi
 - a. Klien dengan diagnosa stroke non hemoragik, ringan dan sedang.
 - b. Bersedia menjadi responden.
 - c. Klien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif.
2. Kreteria Eksklusif
 - a. Klien yang tidak memenuhi 3 hari perawatan

C. Fokus Studi

Penulis berfokus pada Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah secara fungsional mencirikan faktor-faktor dalam pandangan atribut yang diperhatikan, memberdayakan para ilmuwan untuk menyebutkan fakta atau perkiraan yang dapat diamati dengan hati-hati pada sebuah artikel atau kekhasan (Hidayat, 2017).

1. Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik (ischemic stroke), terjadi ketika aliran darah ke otak terhenti akibat aterosklerosis (penumpukan kolesterol di dinding pembuluh darah) atau gumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah ke otak sehingga suplai darah ke otak terganggu. Penyumbatan pembuluh darah di otak menyebabkan perfusi jaringan ke otak tidak adekuat menyebabkan kematian sel oedema di area otak sehingga serabut motorik pada sistem saraf rusak sehingga terjadi penurunan kekuatan otot, kelumpuhan dan kecacatan pada pasien stroke.

2. Asuhan Keperawatan Pada Stroke Non Hemoragik

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

diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian/ evaluasi tindakan keperawatan.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus merupakan alat yang digunakan pada saat pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam kasus ini, yaitu:

1. Lembar informasi/data sekunder, untuk memperoleh data penunjang klien yang berasal dari catatan perawatan klien
2. Lembar format asuhan keperawatan
3. Nursing kit

F. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur. Pada Tanggal 15 November 2022 – 19 November 2022.

G. Prosedur Penelitian

1. Prosedur Administrasi

Proses administrasi dengan adanya surat pemberitahuan praktek ke Home Care Cahaya Husada Kalimantan oleh kampus Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur dan pada waktu yang telah ditentukan dilakukan pengambilan data pada pasien yang mengalami stroke non hemoragik di Home Care Cahaya Husada Kalimantan.

2. Prosedur Asuhan Keperawatan

Proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien stroke non hemoragik dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dengan dokumentasi yang baik dan benar

H. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Metode Pengumpulan Data

Terkait metode pengumpulan data yang digunakan antara lain:

- a. Wawancara yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien dengan stroke non hemoragik, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dll. Sumber data dari klien, keluarga klien, dan perawat lainnya.
- b. Pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik : Inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi (IAPP) pada sistem tubuh klien.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan KMB sesuai ketentuan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

I. Keabsahan Data

1. Data Primer

Data primer adalah informasi yang diperoleh atau diperoleh secara langsung dari sumber pertama sebagai hasil dari pertemuan klien dan persepsi artikel tertentu.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah informasi yang diperoleh secara tidak langsung atau melalui perantara, misalnya informasi yang diperoleh dari keluarga klien

3. Data Tersier

Data tersier merupakan informasi yang diperoleh dari catatan keperawatan

klien atau catatan klinis klien

J. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisa data pada penulisan studi kasus ini disajikan secara narasi yang berupa data subjektif yang merupakan ungkapan secara verbal yang bersumber dari pasien dan keluarga. Selain data subjektif, data juga disajikan secara objektif, berdasarkan hasil observasi melalui pemeriksaan fisik dan pengkajian.

K. Etika Studi Kasus

1. Anatomi (Autonomy)

Prinsip anatomi didasarkan pada keyakinan bahwa mampu berpikir logis dan membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki hak untuk menentukan pilihannya sendiri dan membuat keputusan atau pilihan yang berbeda yang harus dihormati. Otonomi adalah hak atas kemerdekaan dan kebebasan pribadi, yang membutuhkan keragaman. Praktek profesional mencerminkan otonomi ketika perawat menghormati hak klien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri

2. Berbuat baik (Beneficence)

Beneficence berarti melakukan sesuatu yang baik, kebaikan, memerlukan pencegahan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus dilakukan di Rumah salah satu klien Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur. Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur merupakan salah satu klinik yang berlokasi di Jl. Bengkuring Raya No.152, Sempaja Utara, Kota Samarinda. Sedangkan klien yang sedang dalam masa perawatan yang ditangani oleh Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur itu sendiri berlokasi di Jl. Mugirejo, Kecamatan Sungai Pinang, Kota Samarinda.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa 15 November 2022 pukul 19.00 WITA dengan menggunakan metode wawancara, yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas klien dengan stroke non hemoragik, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dll. Sumber data dari klien, keluarga klien, dan perawat lainnya.

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny.M
Umur	: 68 Tahun
Alamat	: Jl. Mugirejo Kota Samarinda
Status Perkawinan	: Menikah

Agama : Kristen
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik
Pendidikan : SKKP
Suku : Jawa
Tanggal Masuk Klinik : 9 November 2022
Tanggal Pengkajian : Selasa, 15 November 2022

b. Riwayat Penyakit

1) Keluhan Utama

a) Saat dirawat tanggal 9 November 2022

Keluarga klien mengatakan klien kesulitan bergerak dan mengalami kekakuan pada bagian persediaan

b) Saat dikaji tanggal 15 November 2022

Klien terbaring di tempat tidur dan kesulitan bergerak.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Sebelum masuk Klinik Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur keluarga klien mengatakan klien baru melakukan perawatan di Rumah Sakit karena penurunan kesadaran. Informasi yang didapat dari Rumah Sakit klien mengalami penurunan kesadaran akibat penurunan gula darah drastis dan mengakibatkan stroke non hemoragik. Keluarga klien mengatakan, klien masuk Klinik Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur pada tanggal 9 November 2022 dan dalam

keadaan yang sudah terbaring ditempat tidur dan kesulitan untuk bergerak.

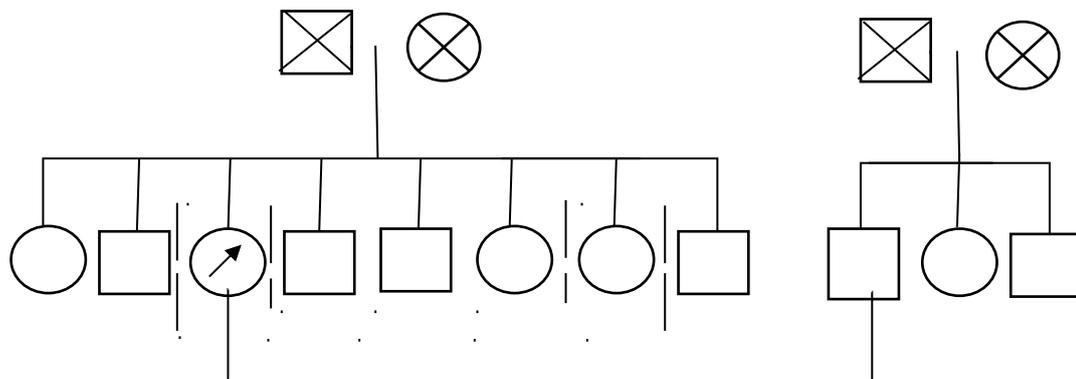
3) Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga klien mengatakan klien pernah mengalami stroke 7 tahun yang lalu. Klien juga mempunyai riwayat Hipertensi dan Diabetes.

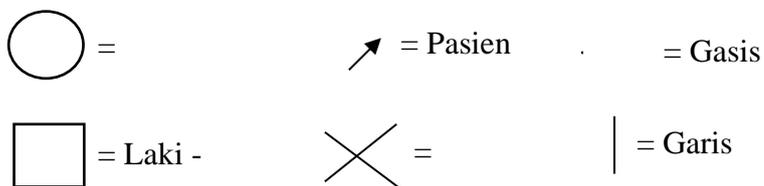
4) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit pada keluarganya.

Genogram :



Keterangan :



.... = Tinggal

Gambar 4.1 Genogram klien

c. Pengkajian Keperawatan

1) Neurosensori

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan klien tidak ada keluhan pusing.
- Keluarga klien mengatakan klien mengalami gangguan pada penglihatan.
- Keluarga klien mengatakan klien bisa mendengar.
- Keluarga klien tidak mengetahui apakah ada gangguan pada sistem penciumannya.
- Keluarga klien mengatakan klien lemah.

b) Tanda

- GCS: E= 4 V= 5 M= 6 Jumlah GCS=15 Kesadaran= Kompos Mentis
- Saat diajak bicara pasien bisa mendengar
- Disatria (pasien pelo)
- Pasien terbaring di tempat tidur

2) Sirkulasi

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi dan tidak pernah mengalami serangan jantung serta klien mengalami kelumpuhan ekstremitas bawah dan atas pertama kali sejak masuk rumah sakit pada tanggal 22 Oktober 2022.

b) Tanda

Tanda - tanda Vital

- Tekanan darah : 162/90 mmHg
- Nadi : 110 x/m
- Spo2 : 97 %
- Suhu : 36,5°C
- Capillary Refill Time (CRT) = < 2 detik
- Konjungtivitis : Tidak anemis
- Skelera : Putih
- Akral : Hangat

3) Pernafasan

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan, sejak dirawat di rumah klien selalu terpasang oksigen jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernafas.
- Keluarga klien mengatakan, klien kadang terlihat batuk namun tidak mengetahui apakah itu batuk dahak karena saat itu tidak ada sekret yang keluar.
- Keluarga klien mengatakan kurang mengetahui apakah klien mengalami gangguan terhadap penciumannya sejak pulang dari Rumah Sakit.
- Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit pernapasan.

b) Tanda

- RR : 20 x/m.
- Spo2 97 %
- Klien menggunakan alat bantu pernapasan
- Klien tidak menggunakan pernapasan cuping hidung
- Klien tidak menggunakan otot bantu pernafasan
- Acetylcysteine 200 MG 3 x sehari 1 butir

4) Nyeri / ketidaknyamanan

a) Gejala

PQRS

- Klien tidak ada keluhan nyeri.

b) Tandan

- Klien mengalami penurunan kekuatan otot sehingga hanya terbaring ditempat tidur.
- Tidak terdapat luka pada bagian tubuh klien.

5) Makan / Cairan

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan kemungkinan ada penurunan BB terlihat dari tubuh klien yang mengalami perubahan.
- Klein makan 3 x 1 dan 3 x 1 minum susu keduanya dilakukan melalui selang dari hidung porsi yang diberikan 150 CC bubur dan 150 CC susu diwaktu yang berbeda dan selalu dihabiskan saat pemberi bubur maupun susu.

- Klien tidak memberikan respon mual saat pemberian bubur dan susu melalui selang dari hidung.

b) Tanda

- Mukosa bibir kering
- Klien terpasang Nasogastric Tube (NGT).
- Kulit klien kering
- Elastisitas kulit menurun (respon penuaan)

6) Eliminasi

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan klien belum ada BAB kurang lebih selama 3 hari.
- Keluarga klien tidak tau berapa kali klien BAK/hari karena klien menggunakan pampers/popok.
- Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat konstipasi, dan diare.

b) Tanda

- Abdomen klien tidak ada nilai tekan
- Klien menggunakan pampers/popok
- Klien tidak ada edema
- Ada kemerahan di atas bokong
- Keluarga klien mengganti pampers 2 x dalam 24 jam.

7) Seksualitas

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan klien sudah menikah dan pasien belum memiliki anak.

b) Tanda

- Klien didampingi oleh suaminya dan keluarganya dalam masa perawatan

8) Aktivitas / Istirahat

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan, pola tidur klien tidak teratur selama sakit.
- Keluarga klien mengatakan klien mudah terbangun ketika sedang tidur
- Klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak

b) Tanda

- Klien sering menguap
- Mata klien cekung
- Segala aktifitas klien dibantu oleh keluarga dan suami klien
- Klien selalu terbaring di kasur anti decubitus

9) Hygiene

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan klien hanya diseka setiap pagi hari

- Keluarga klien mengatakan mulut dan gigi dibersihkan oleh perawat menggunakan kasa yang dibasahi dengan air hangat.

b) Tanda

- Keadaan umum klien = Bersih
- Penampilan umum klien = Rapi
- Keadaan rambut klien jarang-jarang dan berwarna putih bercampur hitam, tidak ada ketombe
- Kuku di potong
- Untuk perawatan hygiene klien dibantu oleh keluarga, suami klien, dan perawat.

10) Integritas Ego

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan selama perawatan di rumah klien lesu dan jenuh

b) Tanda

- Klien tidak bersemangat
- Klien bergantung kepada suaminya dan keluarganya.

11) Interaksi Sosial

a) Gejala

- Keluarga klien mengatakan salam sakit klien tidak bisa berinteraksi dengan orang sekitar

b) Tanda

- Saat ini klien hanya berinteraksi bersama keluarga yang merawat klien dan suaminya.
- Klien murung dan tidak bersemangat dengan memberikan respon menganggat tangan kanannya/menggelengkan kepala.
- Klien bedrest.

12) Penyuluhan / Pembelajaran

Klien dapat memahami dengan cukup baik saat berbincang dengan orang lain, dan saat diajak bicara pasien merespon dengan memberikan gerakan dengan tangan tangan dan kepalanya.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

a) Inspeksi

- Bentuk kepala simetris
- Tidak ada pembengkakan
- Kulit bersih
- Rambut berwarna putih hitam
- Mulut pelo
- Mukosa bibir kering.

b) Palpasi

- Tidak terdapat luka di kepala, hidung, telinga.
- Saat dirawat tidak ada edema di bagian kepala.

2) Leher

a) Inspeksi

- Tidak ada vena jugularis.
- Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid herbal

b) Palpasi

- Saat dirawat tidak terdapat pembengkakan.
- Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid.

3) Thorak

a) Inspeksi

- Bentuk dada normal

b) Palpasi

- Tidak terdapat pembengkakan

c) Perkusi

- Terdengar bunyi sonor

d) Auskultasi

- Suara nafas vesikuler

4) Abdomen

a) Inspeksi

- Bentuk normal
- Tidak ada luka
- Warna kulit normal
- Perut klien terlihat buncit

b) Palpasi

- Tidak ada nyeri pada daerah abdomen

c) Perkusi

- Tidak terjadi

d) Auskultasi

- Bising usus 20 x/m

5) Ekstremitas

- Tidak ada pendarahan hebat pada ekstremitas
- Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas
- Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah
- Bagian tertentu terdapat nyeri tekan
- Tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu

e. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang

No	Hari/Tgl/Jam	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	Senin, 14 Nov 2022 pukul 17.25 WITA	Glukosa Sewaktu	162	Mg/dL	<200
2	Selasa, 15 Nov 2022, pukul 18.03 WITA	Glukosa Sewaktu	136	Mg/dL	<200
3	Rabu, 16 Nov 2022, pukul 17.45 WITA	Glukosa Sewaktu	153	Mg/dL	<200
4	Kamis, 17 Nov 2022, pukul 17.20 WITA	Glukosa sewaktu	151	Mg/dL	<200
5	Jumat, 18 Nov 2022, pukul 17.40 WITA	Glukosa Sewaktu	200	Mg/dL	<200
6	Sabtu, 19 Nov 2022, Pukul 17.30 WITA	Glukosa Sewaktu	155	Mg/dL	<200

f. Penatalaksanaan Medis

- 1) O₂ Nasakanul 1 lpm
- 2) Cefiksim 2 x 1 Oral

- 3) Vitamin B 2 x 1 Oral
- 4) Carbamazepin 2 x 1 Oral
- 5) Acetylcysteine 3 x 1 Oral
- 6) Pemberian injeksi insulin rutin pukul 22.00 WITA

3. Analisis Data dan Diagnosa Keperawatan

Inisial Klien : Ny.M

Dx : Stroke Non Hemoragik

Tabel 4.2 Analisis Data dan Diagnosa Keperawatan

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas dibantu oleh keluarga dan suami klien - Tidak ada pendarahan hebat pada ekstremitas. - Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas. - Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah. - Tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu. <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> </div>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan, sejak dirawat di rumah klien selalu terpasang oksigen jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernafas. - Keluarga klien mengatakan, klien kadang terlihat batuk namun tidak mengetahui apakah itu batuk dahak karena saat itu tidak ada sekret yang keluar. - Keluarga klien mengatakan kurang mengetahui apakah klien mengalami gangguan terhadap penciumannya sejak pulang dari Rumah Sakit. - Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit pernapasan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 20 x/m - Spo2 97% - Klien menggunakan alat bantu pernapasan, nasakanul 2 lpm 	Gangguan neuromuskular	Pola napas tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak menggunakan pernapasan cuping hidung - Klien tidak menggunakan otot bantu pernafasan - Acetylcysteine 200 MG x sehari 1 butir 		
3	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan, pola tidur klien tidak teratur selama sakit. - Keluarga klien mengatakan klien tidur dimalam hari pukul 22.00 dan klien sering terbangun saat tidur. - Keluarga klien mengatakan disiang hari klien jangan tidur. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein sering menguap - Mata klien cekung 	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
4	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan berbicara setelah masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Oktober 2022 <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein pelo - Klien tidak mampu berbicara - Disatria 	Gangguan neuromuskular	Gangguan komunikasi verbal
5	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring ditempat tidur dan kesulitan untuk bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu keluarga dan suami klien - Klien menggunakan popok/pampers - Klien terbaring di tempat tidur 	Penurunan mobilitas	Risiko gangguan integritas kulit.

a. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- 1) Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi (D.0005)
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan (Mis, Kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) (D.0055)
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

4) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskular (D.0119)

5) Risiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas fisik (D.0139)

4. Intervensi Keperawatan

Inisial klien : Ny. M

Dx Medis : Stroke Non Hemoragik

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan Stroke Non Hemoragik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler.	<p>Pola Napas : L.01004</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan Pola Napas diharapkan ekspektasi membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <p>Frekuensi napas (5) Kedalaman napas (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Pengaturan Posisi : I.01019</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi 1.2 Monitor alat traksi agar selalu tepat <p><i>Trapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Tpatkan pada posisi trapeutik 1.4 Anjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi. 1.5 Tinggikan tempat tidur bagian kepala 1.6 Ubah posisi setiap 2 jam <p><i>Edukai</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Kolaborasikan premedikasi sebelum mengubah posisi
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Mobilitas Fisik (L. 0054)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan mobilitas fisik selama 5 x 8 jam, diharapkan ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggerak ekstremitas (5) 2. Kekuatan otot (5) 3. Rentang gerak (ROM) (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 	<p>Manajemen Program Latihan (I.05179)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi pengetahuan dan pengalaman aktivitas fisik sebelumnya 2.2 Identifikasi jenis aktivitas fisik

		<p>2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 3. Kaku sendi (5) 4. Gerakan tidak terkordinasi (5) 5. Gerakan terbatas (5) 6. Kelemahan fisik (5) Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. menurun</p>	<p>2.3 Identifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas <i>Terapeutik</i> 2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik 2.5 Motivasi menjadwalkan program aktifitas fisik dari reguler menjadi rutin 2.6 Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik <i>Edukasi</i> 2.7 Jelaskan manfaat latihan fisik 2.8 Anjurkan teknik pernapasan yang tepat selama aktivitas fisik 2.9 Ajarkan teknik latihan sesuai kemampuan</p>
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan	<p>Pola Tidur : L.05045 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam diharapkan ekspektasi pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur (5) Keluhan pola tidur berubah (5) Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 5. Cukup meningkat</p>	<p>Dukungan Tidur : I.05174 Tindakan <i>Observasi</i> 1.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur 1.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) <i>Trapeutik</i> 1.3 Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 1.4 Lakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 1.5 <i>Edukasi</i> 1.6 Jelaskan tidur cukup selama sakit 1.7 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p>
4	Gangguan komunikasi verbal b.d neuromuskuler	<p>Komunikasi Verbal : L.13118 Setelah dilakukan intervensi keperawatan komunikasi verbal selama 5 x 8 jam, diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara (5) 2. Kemampuan ekspektasi wajah (5)</p>	<p>Promosi Komunikasi : defisit Berbicara :I. 13492 Tindakan <i>Observasi</i> 4.1 Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori,</p>

		<p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>4. Pelo (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>5. Respon perilaku (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>pendengaran, dan Bahasa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Gunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer) 4.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil menghindar teriak, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 4.5 Berikan dukungan psikologis <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Mengajarkan berbicara perlahan 4.7 Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.8 Mengajarkan ke ahli ahli patologi wicara atau terapis
5	Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas fisik	<p>Kontrol Risiko (L.14128)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan control risiko selama 5 x 8 jam diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko (5) 2. Kemampuan mengendalikan faktor risiko (5) 	<p>Perawatan Integritas Kulit (L.11353)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu

		<p>3. Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko</p> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2 Ubah posisi 2 jam tirah baring 5.3 Lakukan pijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 5.4 Bersihkan pasien dengan air hangat, terutama selama periode diare <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.5 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) 5.6 Anjurkan meningkatkan nutrisi 5.7 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
--	--	--	--

5. Implementasi Keperawatan

Inisial Klien : Ny. M

Dx Medis : Stroke Non Hemoragik

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Stroke Non Hemoragik

Hari/Tgl/Jam	Implementasi dan Evaluasi Proses	Paraf
Selasa, 15 Nov 2022 14.40 WITA	<p>1.1 Memonitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi DO : RR = 20 x /m, Spo2 = 97%</p> <p>1.4 Menganjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur DO : Klein sering menguap</p> <p>3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap</p> <p>5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan motilitas). DO : Klien berbaring ditempat tidur</p>	
16.25 WITA	<p>5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>2.3 Mengidentifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas DO : Kien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p>	

	<p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p>	
17.25 WITA	<p>4.1 Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa) DO : Klien masih kesulitan berbicara</p> <p>4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p>	
19.50 WITA	<p>5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DS : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>4.4 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p>	
20.30 WITA	<p>1.4 Menganjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klien sering menguap</p>	
Rabu, 16 Nov 2022 14.55 WITA	<p>1.1 Memonitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi DO : RR = 20 x/m, Spo2 = 97%</p> <p>1.4 Menganjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>4.1 Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa) DO : Klien masih kesulitan berbicara</p> <p>4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi,</p>	

	dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat	
16.20 WITA	5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan motilitas). DO : Klien berbaring ditempat tidur 5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien 3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur DO : Klein sering menguap 3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap	
17.45 WITA	2.3 Mengidentifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas DO : Kien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah 2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah 4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat	
20.00 WITA	5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien 2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah 1.1 Memonitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi DO : RR = 20 x /m, Spo2 = 97%	
20.55 WITA	4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat 3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur DO : Klein sering menguap 3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap	

<p>Kamis, 17 Nov 2022 14.30</p>	<p>Membantu mobilisasi klien dan keluarga klien control di Rumah Sakit Daerah Abdul Wahab Sjahranie DO : Mendapatkan terapi farmakologi 1. Acetylcysteine 200 MG (10) 3 x sehari 1 butir 2. Vitamin B Complex (10) 2 x sehari 1 butir 3. Carbamazepine 2 x1 sehari 1 butir 1.1 Memonitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi DO : RR = 20 x /m, Spo2 = 97% 1.4 Mengajukan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p>	
<p>17.20 WITA</p>	<p>4.1 Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa DO : Klien masih kesulitan berbicara 4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p>	
<p>19.45 WITA</p>	<p>3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur DO : Klein sering menguap 2.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap 2.3 Mengidentifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas DO : Kien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah 2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p>	
<p>20.45 WITA</p>	<p>5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan motilitas). DO : Klien berbaring ditempat tidur 5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien 3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur DO : Klein sering menguap 3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap</p>	

<p>Jumat, 18 Nov 2022 14.45 WITA</p>	<p>1.1 Memonitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi DO : RR = 20 x /m, Spo2 = 97%</p> <p>1.4 Mengajukan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>1.5 Meninggikan tempat tidur bagian kepala DO : Pasien terlihat lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur DO : Klein sering menguap</p> <p>3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap</p> <p>3.5 Jelaskan tidur cukup selama sakit DO : Klein sering menguap</p>	
<p>16.15 WITA</p>	<p>2.3 Mengidentifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>2.6 Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik DO : Klien masih belum mampu menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan motilitas). DO : Klien berbaring ditempat tidur</p> <p>5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DS : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>5.3 Melakukan pijatan pada tonjolan tulang, jika perlu DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p>	
<p>17.45 WITA</p>	<p>4.1 Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa DO : Klien masih kesulitan berbicara</p> <p>4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>4.4 Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil menghindar teriak,</p>	

	<p>gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>2.6 Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik DO : Klien masih belum mampu menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p>	
20.25 WITA	<p>4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>4.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil menghindar teriak, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur) DO : Klein sering menguap</p> <p>3.5 Jelaskan tidur cukup selama sakit DO : Klein sering menguap</p>	
Sabtu, 19 Nov 2022 14.35 WITA	<p>2.3 Mengidentifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas DO : Kien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>2.6 Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik DO : Klien masih belum mampu menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>2.7 Menjelaskan manfaat latihan fisik DO : Kien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>1.1 Memonitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi DO : RR = 20 x /m, Spo2 = 97%</p> <p>1.4 Menganjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>1.5 Meninggikan tempat tidur bagian kepala DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p>	

	<p>1.6 Mengubah posisi setiap 2 jam DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p>	
16.55 WITA	<p>5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan motilitas). DO : Klien berbaring ditempat tidur</p> <p>5.2 Mengubah 2 jam tirah baring DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>5.3 Melakukan pijatan pada tonjolan tulang, jika perlu DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>5.4 Membersihkan klien dengan air hangat, terutama selama periode diare DO : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>4.1 Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa DO : Klien masih kesulitan berbicara</p> <p>4.3 Menggunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf isyarat tangan dan komputer) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>4.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil menghindari teriak, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>4.5 Memberikan dukungan psikologis DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p>	
19.25 WITA	<p>2.4 Motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik DO : Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>2.6 Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik DO : Klien masih belum mampu menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>1.4 Menganjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p> <p>1.5 Meninggikan tempat tidur bagian kepala DO : Pasien terasa lebih nyaman jika dilakukan posisi semi fowler</p>	

20.30 WITA	<p>4.5 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil menghindar teriak, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>DO : Tangan kanan klien masih bisa merespon untuk berkomunikasi isyarat</p> <p>2.6 Melibatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik</p> <p>DO : Klien masih belum mampu menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>DO : Klein sering menguap</p> <p>3.4 Melakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pergantian posisi, terapi akupresur)</p> <p>DO : Klein sering menguap</p> <p>3.5 Jelaskan tidur cukup selama sakit</p> <p>DO : Klein sering menguap</p> <p>3.3 Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur</p> <p>DS : keluarga klien mengatakan klien sering terbangun saat tidur</p>	
------------	--	---

Tabel 4.5 Tindakan *Range Of Motion* (ROM)

Hari dan Tanggal	Prosedur Pelaksanaan	Evaluasi Proses	Paraf
Selasa, 15 Nov 2022	<p>Gerakan tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>Pergerakan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian tangan dan jari kiri klien sebelum dilakukan tindakan rom persendian sangat kaku dan sulit digerakkan, dan sesudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit bagian persendian di tangan kiri mengalami penurunan kekakuan dan ketegangan namun hal tersebut tidak bertahan lama. - Pada bagian tangan kanan klien masih dalam keadaan gerakan yang tidak terkontrol meskipun sudah dilakukan tindakan rom - Bagian kaki kiri klien dalam keadaan yang tidak kaku pada bagian persendian namu meskipun sudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit tidak ada perubahan pada kekuatan otot klien - Bagian kaki kiri klien sangat kaku dan tidak bisa sama sekali digerakan, meskipun sudah berusaha dilakukan tindakan rom 	

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam 6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar <p>Pergerakan leher</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan 2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang 	<p>kekakuan pada bagian persendian masih mengalami ketegangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian leher klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan rom ada perubahan yang awalnya kaku dan selalu menengok ke sebelah kanan setelah dilakukan tindakan rom leher klien bisa ditengokkan ke kiri namun tidak sempurna, tetapi hal tersebut tidak berlangsung lama dan kembali kaku 	
Rabu, 16 Nov 2022	<p>Gerakan tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>Pergerakan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian tangan dan jari kiri klien sebelum dilakukan tindakan rom persendian sangat kaku dan sulit digerakkan, dan sesudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit bagian persendian di tangan kiri mengalami penurunan kekakuan dan ketegangan namun hal tersebut tidak bertahan lama. - Pada bagian tangan kanan klien masih dalam keadaan gerakan yang tidak terkontrol meskipun sudah dilakukan tindakan rom - Bagian kaki kiri klien dalam keadaan yang tidak kaku pada bagian persendian namun meskipun sudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit tidak ada perubahan pada kekuatan otot klien - Bagian kaki kiri klien sangat kaku dan tidak bisa sama sekali digerakkan, meskipun sudah berusaha dilakukan tindakan rom kekakuan pada bagian persendian masih mengalami ketegangan. - Pada bagian leher klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan rom ada perubahan yang awalnya kaku dan selalu 	

	<p>5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam</p> <p>6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar</p> <p>Pergerakan leher</p> <p>1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan</p> <p>2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang</p>	<p>menengok ke sebelah kanan setelah dilakukan tindakan rom leher klien bisa di tengokan kekiri namun tidak sempurna, tetapi hal tersebut tidak berlangsung lama dan kembali kaku</p>	
<p>Kamis, 17 Nov 2022</p>	<p>Gerakan tangan :</p> <p>1. Pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan</p> <p>2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah</p> <p>3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas</p> <p>4. Gergerakan jari tangan</p> <p>5. Putar jari tangan satu persatu</p> <p>6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain</p> <p>Pergerakan kaki :</p> <p>1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar</p> <p>2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90°</p> <p>3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh</p> <p>4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar</p> <p>5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam</p> <p>6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar</p> <p>Pergerakan leher</p> <p>1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian tangan dan jari kiri klien sebelum dilakukan tindakan rom persendian sangat kaku dan sulit digerakkan, dan sesudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit bagian persendian di tangan kiri mengalami penurunan kekakuan dan ketegangan namun hal tersebut tidak bertahan lama. - Pada bagian tangan kanan klien masih dalam keadaan yang tidak terkontrol meskipun sudah dilakukan tindakan rom - Bagian kaki kiri klien dalam keadaan yang tidak kaku pada bagian persendian namu meskipun sudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit tidak ada perubahan pada kekuatan otot klien - Bagian kaki kiri klien sangat kaku dan tidak bisa sama sekali digerakan, meskipun sudah berusaha dilakukan tindakan rom kekakuan pada bagian persendian masih mengalami ketegangan. - Pada bagian leher klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan rom ada perubahan yang awalnya kaku dan selalu menengok ke sebelah kanan setelah dilakukan tindakan rom leher klien bisa di tengokan kekiri namun tidak sempurna, tetapi hal tersebut tidak berlangsung lama dan kembali kaku 	

	2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang		
Jumat, 18 Nov 2022	<p>Gerakan tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>Pergerakan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam 6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar <p>Pergerakan leher</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan 2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian tangan dan jari kiri klien sebelum dilakukan tindakan rom persendian sangat kaku dan sulit digerakkan, dan sesudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit bagian persendian di tangan kiri mengalami penurunan kekakuan dan ketegangan namun hal tersebut tidak bertahan lama. - Pada bagian tangan kanan klien masih dalam keadaan yang tidak terkontrol meskipun sudah dilakukan tindakan rom - Bagian kaki kiri klien dalam keadaan yang tidak kaku pada bagian persendian namun meskipun sudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit tidak ada perubahan pada kekuatan otot klien - Bagian kaki kanan klien yang sebelumnya sangat kaku dan tidak bisa sama sekali digerakkan, meskipun sudah berusaha dilakukan tindakan rom, dihari ke 4 bagian persendian lutut bisa ditekuk meskipun hanya dalam sudut 15° namun hal tersebut tidak berlangsung lama. - Pada bagian leher klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan rom ada perubahan yang awalnya kaku dan selalu menengok ke sebelah kanan setelah dilakukan tindakan rom leher klien bisa di tengokan kekiri namun tidak sempurna, tetapi hebat tidak berlangsung lama dan kembali kaku 	
Sabtu, 19 Nov 2022	<p>Gerakan tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian tangan dan jari kiri klien sebelum dilakukan tindakan rom persendian sangat kaku dan sulit digerakkan, dan sesudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit bagian persendian di tangan 	

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>Pergerakan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki kalian ke dalam dan keluar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam 6. Jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar <p>Pergerakan leher :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan ke kanan 2. Gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang 	<p>kiri mengalami penurunan kekakuan dan ketegangan namun hal tersebut tidak bertahan lama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian tangan kanan klien masih dalam keadaan yang tidak terkontrol meskipun sudah dilakukan tindakan rom - Bagian kaki kiri klien dalam keadaan yang tidak kaku pada bagian persendian namu meskipun sudah dilakukan tindakan rom selama 5 menit tidak ada perubahan pada kekuatan otot klien - Bagian kaki kanan klien yang sebelumnya sangat kaku dan tidak bisa sama sekali digerakan, meskipun sudah berusaha dilakukan tindakan rom, dihari ke 4 bagian persendian lutut bisa ditekuk meskipun hanya dalam sudut 15° namun hal tersebut tidak berlangsung lama. - Pada bagian leher klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan rom ada perubahan yang awalnya kaku dan selalu menengok ke sebelah kanan setelah dilakukan tindakan rom leher klien bisa di tengokan kekiri namun tidak sempurna, tetapi hal tersebut tidak berlangsung lama dan kembali kaku 	
--	---	--	--

6. Evaluasi

Inisial Klien : Ny.M

Dx Medis : Stroke Non Hemoragik

Tabel 4.6 Evaluasi

Hari/Tgl/Jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Selasa, 15 Nov 2022 21.00 WITA	Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernapas <p>O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - RR 20 x/m - 110 x/m - Spo2 97% - Klein terpasang nasakanul 2 lpm - Klien terlihat lebih nyaman apabila diposisikan semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman Napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 1.1 dan 1.4 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi Napas	3	4	5	Kedalaman Napas	3	4	5																	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Frekuensi Napas	3	4	5																												
Kedalaman Napas	3	4	5																												
	Gangguan Mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu keluarga dan suami klien - Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas - Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Klien tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu - Klien masih kesulitan meskipun sudah mendapatkan bantuan untuk melakukan gerakan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekakuan sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 2.3, 2.4 dan intervensi tindakan rom table 4.6 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Penggerak ekstremitas	2	2	5	Kekuatan otot	2	2	5	Rentang gerak (ROM)	2	2	5	Kekakuan sendi	2	3	5	Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5	Kelemahan fisik	2	2	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Penggerak ekstremitas	2	2	5																												
Kekuatan otot	2	2	5																												
Rentang gerak (ROM)	2	2	5																												
Kekakuan sendi	2	3	5																												
Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5																												
Kelemahan fisik	2	2	5																												
	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan pola tidur klien tidak teratur selama sakit. 																													

		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien tidur malam sekitar pukul 22.00 dan mudah terbangun ketika tidur - Keluarga klien mengatakan ketika terbangun di tidur malam klien terlihat kesulitan untuk tidur kembali - Keluarga klien mengatakan klien jarang tidur di siang hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein sering menguap - Mata klien cekung <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 730 1362 891"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 3.1 dan 3.4 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	2	2	5	Keluhan pola tidur berubah	2	2	5									
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Keluhan sulit tidur	2	2	5																				
Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																				
	Gangguan komunikasi verbal b.d neuromuskuler	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan bicara setelah masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Oktober 2022 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein pelo - Klien tidak mampu berbicara - Disatria <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 1317 1362 1603"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Respon perilaku</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 4.1 dan 4.3 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan berbicara	2	2	5	Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5	Pelo	2	2	5	Respon perilaku	3	3	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan berbicara	2	2	5																				
Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5																				
Pelo	2	2	5																				
Respon perilaku	3	3	5																				
	Risiko gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien klien selalu terbaring ditempat tidur dan kesulitan untuk bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu saudara dan suami klien - Klien terbaring ditempat tidur - Klien menggunakan popok/pampers - Tidak ada kemerahan pada kulit klien <p>A :</p>																					

		<p>- Masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengendalikan faktor risiko</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>- Lanjutkan intervensi 5.1 dan 5.2</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	3	4	5	Kemampuan mengendalikan faktor risiko	3	4	5	Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	3	4	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	3	4	5																
Kemampuan mengendalikan faktor risiko	3	4	5																
Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	3	4	5																
Rabu, 16 Nov 2022 21.00 WITA	Pola Nafas tidak efektif b.d neuromuscular	<p>S :</p> <p>- Keluarga klien mengatakan jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernapas</p> <p>O :</p> <p>- RR 20 x/m - 110 x/m - Spo2 97% - Klein terpasang nasakanul 2 lpm - Klien terlihat lebih nyaman apabila diposisikan semi fowler</p> <p>A :</p> <p>- Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>- Lanjutkan intervensi 1.1 dan 1.4</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi Napas	4	4	5	Kedalaman Napas	4	4	5					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Frekuensi Napas	4	4	5																
Kedalaman Napas	4	4	5																
	Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan kekuatan otot	<p>S :</p> <p>- Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak</p> <p>O :</p> <p>- Segala aktivitas klien dibantu keluarga dan suami klien - Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas - Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Klien tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu - Klien masih kesulitan meskipun sudah mendapatkan bantuan untuk melakukan gerakan</p> <p>A :</p>																	

		<p>- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="831 394 1362 770"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekakuan sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi 2.3, 2.4 dan intervensi tindakan rom table 4.6</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Penggerak ekstremitas	2	2	5	Kekuatan otot	2	2	5	Rentang gerak (ROM)	2	2	5	Kekakuan sendi	2	3	5	Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5	Kelemahan fisik	2	2	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Penggerak ekstremitas	2	2	5																												
Kekuatan otot	2	2	5																												
Rentang gerak (ROM)	2	2	5																												
Kekakuan sendi	2	3	5																												
Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5																												
Kelemahan fisik	2	2	5																												
	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan pola tidur klien tidak teratur selama sakit. - Keluarga klien mengatakan klien tidur malam sekitar pukul 22.00 dan mudah terbangun ketika tidur - Keluarga klien mengatakan ketika terbangun di tidur malam klien terlihat kesulitan untuk tidur kembali - Keluarga klien mengatakan klien jarang tidur di siang hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein sering menguap - Mata klien cekung <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 1384 1362 1541"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 3.1 dan 3.4 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	2	2	5	Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Keluhan sulit tidur	2	2	5																												
Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																												
	Gangguan komunikasi verbal b.d neuromuskular	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan bicara setelah masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Oktober 2022 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein pelo - Klien tidak mampu berbicara - Disatria <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi 																													

		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Respon perilaku</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 4.1 dan 4.3 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan berbicara	2	2	5	Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5	Pelo	2	2	5	Respon perilaku	3	3	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan berbicara	2	2	5																				
Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5																				
Pelo	2	2	5																				
Respon perilaku	3	3	5																				
	Risiko gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien klien selalu terbaring ditempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas dibantu oleh keluarga dan suami klien - Klien terbaring ditempat tidur - Klien menggunakan popok/pampers - Tidak ada kemerahan pada kulit klien <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengendalikan faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 5.1 dan 5.2 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5	Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5	Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	4	4	5					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5																				
Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5																				
Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	4	4	5																				
Kamis, 17 Nov 2022	Pola napas tidak efektif b.d neuromuskuler	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernapas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR 20 x/m - 110 x/m - Spo2 97% - Klein terpasang nasakanul 2 lpm - Klien terlihat lebih nyaman apabila diposisikan semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian 																					

		<table border="1"> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> <tr> <td>Frekuensi Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 1.1 dan 1.4 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi Napas	4	4	5	Kedalaman Napas	4	4	5																	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Frekuensi Napas	4	4	5																												
Kedalaman Napas	4	4	5																												
	Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan kekuatan otot	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu keluarga dan suami klien - Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas - Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Klien tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu - Klien masih kesulitan meskipun sudah mendapatkan bantuan untuk melakukan gerakan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <table border="1"> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekakuan sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 2.3, 2.4 dan intervensi tindakan rom table 4.6 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Penggerak ekstremitas	2	2	5	Kekuatan otot	2	2	5	Rentang gerak (ROM)	2	2	5	Kekakuan sendi	2	3	5	Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5	Kelemahan fisik	2	2	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Penggerak ekstremitas	2	2	5																												
Kekuatan otot	2	2	5																												
Rentang gerak (ROM)	2	2	5																												
Kekakuan sendi	2	3	5																												
Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5																												
Kelemahan fisik	2	2	5																												
	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan pola tidur klien tidak teratur selama sakit. - Keluarga klien mengatakan klien tidur malam sekitar pukul 22.00 dan mudah terbangun ketika tidur - Keluarga klien mengatakan ketika terbangun di tidur malam klien terlihat kesulitan untuk tidur kembali - Keluarga klien mengatakan klien jarang tidur di siang hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein sering menguap - Mata klien cekung 																													

		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 394 1362 551"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 3.1 dan 3.4 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	2	2	5	Keluhan pola tidur berubah	2	2	5									
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Keluhan sulit tidur	2	2	5																				
Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																				
	Gangguan komunikasi verbal b.d neuromuscular	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan bicara setelah masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Oktober 2022 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein pelo - Klien tidak mampu berbicara - Disatria <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 981 1362 1263"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Respon perilaku</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 4.1 dan 4.3 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan berbicara	2	2	5	Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5	Pelo	2	2	5	Respon perilaku	3	3	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan berbicara	2	2	5																				
Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5																				
Pelo	2	2	5																				
Respon perilaku	3	3	5																				
	Risiko gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien klien selalu terbaring ditempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan suami klien - Klien menggunakan kasur decubitus - Klien menggunakan popok/pampers <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian <table border="1" data-bbox="831 1664 1362 2002"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengendalikan faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5	Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5	Kemampuan melakukan	4	4	5					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5																				
Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5																				
Kemampuan melakukan	4	4	5																				

		strategi kontrol risiko																							
Jumat 18 Nov 2022 21.00 WITA	Pola nafas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 5.1 dan 5.2 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernapas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR 20 x/m - Nadi 110 x/m - Spo2 97% - Klein terpasang nasakanul 2 lpm - Klien terlihat lebih nyaman apabila diposisikan semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 1.1, 1.4, dan 1.5 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi Napas	4	4	5	Kedalaman Napas	4	4	5											
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																						
Frekuensi Napas	4	4	5																						
Kedalaman Napas	4	4	5																						
	Gangguan mobilitas fisik b.d neuromuscular	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu keluarga dan suami klien - Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas - Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Klien tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu - Klien masih kesulitan meskipun sudah mendapatkan bantuan untuk melakukan gerakan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekakuan sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Penggerak ekstremitas	2	2	5	Kekuatan otot	2	2	5	Rentang gerak (ROM)	2	2	5	Kekakuan sendi	2	3	5			
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																						
Penggerak ekstremitas	2	2	5																						
Kekuatan otot	2	2	5																						
Rentang gerak (ROM)	2	2	5																						
Kekakuan sendi	2	3	5																						

		<table border="1"> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 2.3, 2.4, 2.6, dan intervensi tindakan rom table 4.6 	Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5	Kelemahan fisik	2	2	5													
Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5																				
Kelemahan fisik	2	2	5																				
	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan pola tidur klien tidak teratur selama sakit. - Keluarga klien mengatakan klien tidur malam sekitar pukul 22.00 dan mudah terbangun ketika tidur - Keluarga klien mengatakan ketika terbangun di tidur malam klien terlihat kesulitan untuk tidur kembali - Keluarga klien mengatakan klien jarang tidur di siang hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein sering menguap - Mata klien cekung <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 3.1, 3.4, dan 3.5 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	2	2	5	Keluhan pola tidur berubah	2	2	5									
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Keluhan sulit tidur	2	2	5																				
Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																				
	Gangguan komunikasi verbal b.d neuromuscular	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan bicara setelah masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Oktober 2022 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein pelo - Klien tidak mampu berbicara - Disatria <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Respon perilaku</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan berbicara	2	2	5	Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5	Pelo	2	2	5	Respon perilaku	3	3	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan berbicara	2	2	5																				
Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5																				
Pelo	2	2	5																				
Respon perilaku	3	3	5																				

		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 4.1, 4.3, dan 4.4 																	
	Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilitas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien klien selalu terbaring ditempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbaring ditempat tidur - Klien menggunakan popok/pampers - Tidak ada kemerahan pada kulit klien <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengendalikan faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5	Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5	Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	4	4	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5																
Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5																
Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	4	4	5																
Sabru, 19 Nov 2022 21.00 WITA	Pola napas tidak efektif b.d neuromuscular	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 5.1, 5.2, dan 5.3 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan jika oksigen dimatikan klien terlihat sesak saat bernapas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR 20 x/m - Nadi 110 x/m - Spo2 97% - Klein terpasang nasakanul 2 lpm - Klien terlihat lebih nyaman apabila diposisikan semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman Napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu yang diberikan sudah sesuai, intervensi 1.1, 1.4, 1.5, dan 1.6 dihentikan 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi Napas	4	4	5	Kedalaman Napas	4	4	5					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Frekuensi Napas	4	4	5																
Kedalaman Napas	4	4	5																

	<p>Gangguan mobilitas b.d penurunan kekuatan otot</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien selalu terbaring di tempat tidur dan kesulitan untuk bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segala aktivitas klien dibantu keluarga dan suami klien - Tidak ada luka amputasi pada ekstremitas - Klien terlihat kaku menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Klien tidak dapat menggerakkan bagian tubuh tertentu - Klien masih kesulitan meskipun sudah mendapatkan bantuan untuk melakukan gerakan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 853 1362 1229"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penggerak ekstremitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekakuan sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gerakan tidak terkoordinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu yang diberikan sudah sesuai, intervensi 2.3, 2.4, 2.6, 2.7, dan intervensi tindakan rom table 4.6 dihentikan. 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Penggerak ekstremitas	2	2	5	Kekuatan otot	2	2	5	Rentang gerak (ROM)	2	2	5	Kekakuan sendi	2	3	5	Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5	Kelemahan fisik	2	2	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Penggerak ekstremitas	2	2	5																												
Kekuatan otot	2	2	5																												
Rentang gerak (ROM)	2	2	5																												
Kekakuan sendi	2	3	5																												
Gerakan tidak terkoordinasi	2	2	5																												
Kelemahan fisik	2	2	5																												
	<p>Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan pola tidur klien tidak teratur selama sakit. - Keluarga klien mengatakan klien tidur malam sekitar pukul 22.00 dan mudah terbangun ketika tidur - Keluarga klien mengatakan ketika terbangun di tidur malam klien terlihat kesulitan untuk tidur kembali - Keluarga klien mengatakan klien jarang tidur di siang hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering menguap - Mata klien cekung <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi <table border="1" data-bbox="831 1877 1362 1966"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	2	2	5																					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																												
Keluhan sulit tidur	2	2	5																												

		<table border="1"> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu yang diberikan sudah sesuai, intervens 3.1, 3.3, 3.4, dan 3.5 dihentikan 	Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																	
Keluhan pola tidur berubah	2	2	5																				
	Gangguan komunikasi verbal b.d neuromuscular	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien mengalami kesulitan bicara setelah masuk Rumah Sakit pada tanggal 22 Oktober 2022 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klein pelo - Klien tidak mampu berbicara - Disatria <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ekspektasi wajah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Respon perilaku</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu yang diberikan sudah sesuai, intervens 4.1, 4.3, 4.4, dan 4.5 dihentikan 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan berbicara	2	2	5	Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5	Pelo	2	2	5	Respon perilaku	3	3	5	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan berbicara	2	2	5																				
Kemampuan ekspektasi wajah	2	2	5																				
Pelo	2	2	5																				
Respon perilaku	3	3	5																				
	Risiko gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan klien klien selalu terbaring ditempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbaring ditempat tidur dan segala aktivitas dibantu oleh saudara dan suaminya - Klien menggunakan kasur decubitus - Klien menggunakan popok/pampers <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengendalikan faktor risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5	Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5	Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	4	4	5					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko	4	4	5																				
Kemampuan mengendalikan faktor risiko	4	4	5																				
Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	4	4	5																				

		- Waktu yang diberikan sudah sesuai, intervens 5.1, 5.2, 5.3, dan 5.4 dihentikan.	
--	--	---	--

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian antara teori dan hasil dari tindakan yang dianalisis yaitu *Range Of Motion* (ROM) dalam asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik yang telah dilakukan di salah satu klien Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur. Dengan menggunakan proses keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Pendekatan memenuhi kebutuhan klien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

1. Pengkajian

Pada pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan. Pengkajian pada klien Ny.M yang mengalami Stroke Non Hemoragik dilakukan pada tanggal 15 November 2022 pukul 19.00 WITA, dan hasil yang didapatkan pada klien adalah:

Didapatkan kesesuaian data antara tinjauan teori dan keadaan klien. Dimana kalian merasakan hemiparesis, gangguan hemisensory, latargi, koma, disartria, afasia dan ataksia saat klien masuk rumah sakit. Ataksia terjadi hampir disemua bagian tubuh klien. Pada saat melakukan pengkajian penulis melakukan perbandingan antara data yang ada pada tinjauan teori tidak ditemukan pada klien. Data tersebut yakni vertigo, rasa nyeri, dan faktor genetik.

Kesesuaian data antara tinjauan teori dan keadaan klien sebab keluhan yang dirasakan oleh klien adalah keluhan yang umum terjadi pada klien yang mengalami Stroke Non Hemoragik. Dan ketidaksesuaian data yang ada didalam tinjauan teori tidak didapatkan pada klien, sebab dari sisi riwayat kesehatan dahulu klien pernah mengalami serangan stroke pertama kali 7 tahun yang lalu, dan klien memiliki riwayat Diabetes serta Hipertensi.

2. Diagnosa Keperawatan

Didalam tinjauan teori, terdapat 9 masalah keperawatan yang akan timbul pada klien yang mengalami Stroke Non Hemoragik yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054), resiko defisit nutrisi ditandai dengan Ketidakmampuan menelan makanan (D.0032), nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0077), defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111), defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (D.0109), risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan Penurunan mobilisasi (D.0139), bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Spasme jalan napas (D.0001), dan gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan Kelemahan otot pelvis (D.0040).

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien Ny.M ditegakkan 5 masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik, pola nafas tidak efektif, gangguan pola tidur, gangguan komunikasi verbal, resiko gangguan integritas kulit. Dari 5 masalah keperawatan tersebut, terdapat 4 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu gangguan mobilitas fisik, pola nafas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, dan risiko gangguan integritas kulit. Sedangkan 1 diantaranya tidak sesuai dengan teori yaitu gangguan pola tidur. Masalah keperawatan yang terjadi pada Ny.M antara lain: Pada klien Ny.M didapatkan 5 masalah keperawatan yang harus diatasi. Sebab jika masalah keperawatan yang pertama yaitu pola nafas tidak efektif tidak teratasi maka kekurangan kebutuhan oksigen yang akan membuat klien sesak sehingga dapat mengancam keselamatan klien. Pada masalah keperawatan gangguan pola nafas tidak efektif jika tidak diatasi maka juga akan membuat klien sesak. Pada masalah keperawatan gangguan pola tidur apabila tidak diatasi dapat menimbulkan rasa frustrasi. Dan gangguan tidur dapat membuat pasien lelah dan terganggu. Gangguan tidur juga meningkatkan resiko pasien stroke untuk penderita stroke lainnya. Gangguan mobilitas fisik jika tidak diatasi pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot dan tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi salah satunya kontraktur yang menyebabkan gangguan fungsional, gangguan mobilitas, gangguan aktivitas sehari-hari dan kecacatan yang tidak dapat disembuhkan. Pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal

jika tidak diatasi maka dapat mempengaruhi cara seseorang menerima, mengirim, memproses, dan memahami konsep. Dan pada masalah keperawatan terakhir yaitu resiko gangguan integritas kulit dimana keadaan seseorang berisiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit, sebelum terjadi perubahan jika tidak diatasi maka dapat akan mengganggu integritas ego klien.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada masalah pola nafas tidak efektif dengan intervensi pengaturan posisi (I.0109) monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi, monitor alat traksi agar selalu tepat, tpatkan pada posisi trapeutik, anjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi, tinggikan tempat tidur bagian kepala, motivasi melakukan ROM aktif atau pasif, ubah posisi setiap 2 jam, jadwalkan secara terus untuk perubahan posisi, informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, kolaborasikan premedikasi sebelum mengubah posisi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada masalah gangguan pola tidur dengan intervensi dukungan tidur (I.05174) yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), lakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), jelaskan tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

Pada tahap intervensi atau perencanaan, penulis memberikan intervensi keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Rencana tindakan dilaksanakan berdasarkan teori yang ditetapkan didalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen program latihan, Manajemen program latihan yang bisa dilakukan salah satunya latihan Range Of Motion (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitas. Manfaat ROM sendiri yaitu memperbaiki tonus otot, mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, dan meningkatkan mobilisasi sendi. Setelah dilakukan tindakan sesuai penelitian yang dilakukan (Budi et al, 2019). Rehabilitasi pada pasien stroke non hemoragik perlu dilakukan agar dapat meminimalisir kecacatan fisik, maka rehabilitasi pada pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin dengan cepat dan tepat agar pemulihan fisik dapat lebih cepat dan optimal, serta terhindar dari penurunan otot. Pasien stroke yang mengalami kelemahan otot dan tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi salah satunya kontraktur yang menyebabkan gangguan fungsional, gangguan mobilitas, gangguan aktivitas sehari-hari dan kecacatan yang tidak dapat disembuhkan (Anggraini, Septiyanti & Fahrizal, 2018). Oleh sebab itu, dalam menangani masalah gangguan mobilitas fisik penulis memberikan intervensi keperawatan manajemen program latihan (I.05179) yang meliputi identifikasi pengetahuan dan pengalaman aktivitas fisik

sebelumnya, identifikasi jenis aktivitas fisik, identifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas, motivasi untuk memulai / melanjutkan aktifitas fisik, motivasi menjadwalkan program aktifitas fisik dari reguler menjadi rutin, libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik, jelaskan manfaat latihan fisik, ajarkan teknik latihan sesuai kemampuan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada masalah gangguan komunikasi verbal dengan intervensi promosi komunikasi : defisit berbicara (I.13492) yaitu monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa), monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, gunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil menghindar teriak, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien), berikan dukungan psikologis, menganjurkan berbicara perlahan, menganjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara, menganjurkan ke ahli patologi wicara atau terapis.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada masalah resiko gangguan integritas kulit dengan intervensi perawatan integritas kulit (I.11353) yaitu identifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), ubah posisi 2 jam tirah baring, lakukan pijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, bersihkan pasien dengan air hangat, terutama selama periode diare, anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum), anjurkan meningkatkan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim.

4. Implementasi Keperawatan

Pada saat pemberian implementasi keperawatan pada Ny. M terdapat sedikit hambatan yaitu, kondisi peneliti yang pada saat itu tidak didampingi oleh perawat ahli sehingga membuat peneliti sering merasakan keraguan saat ingin melakukan intervensi namun hal tersebut tidak begitu menjadi hambatan bagi peneliti. Adapun pelaksanaan tindakan dilakukan di rumah klien. Masa perawatan klien dilakukan selama 5 hari dari tanggal 15 November 2022 sampai dengan 19 November 2022. Pelaksanaan rencana keperawatan Ny.M mengacu pada rencana yang telah ditetapkan pada intervensi. Namun peneliti tidak dapat melaksanakan semua rencana yang ada karena menyesuaikan dengan kondisi klien pada saat pengkajian dan menyesuaikan dengan kondisi peneliti.

Pada masalah keperawatan pola nafas tidak efektif sebagian besar intervensi dapat dilakukan dengan baik yakni monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi, monitor alat traksi agar selalu tepat, tpatkan pada posisi trapeutik, anjurkan posisi tidur yang disukai, jika tidak terkontraindikasi, tinggikan tempat tidur bagian kepala, motivasi melakukan ROM aktif atau pasif, ubah posisi setiap 2 jam, jadwalkan secara terus untuk perubahan posisi, informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, kolaborasikan premedikasi sebelum mengubah posisi.

Pada masalah keperawatan gangguan pola tidur sebagian besar intervensi dapat dilakukan dengan baik yakni identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), lakukan proses untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), jelaskan tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

Pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sebagian besar intervensi dapat dilakukan dengan baik yakni meliputi identifikasi pengetahuan dan pengalaman aktivitas fisik sebelumnya, identifikasi jenis aktivitas fisik, identifikasi kemampuan pasien untuk beraktivitas, motivasi untuk memulai/melanjutkan aktifitas fisik, motivasi menjadwalkan program aktifitas fisik dari reguler menjadi rutin, libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program aktivitas fisik, jelaskan manfaat latihan fisik, ajarkan teknik latihan sesuai kemampuan. Peneliti juga

melakukan latihan rom yang yakni gerakan tangan, pada gerakan tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan, gerakan tangan sambil menepuk tangan ke bawah, gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas, pergerakan jari tangan, putar jari tangan satu persatu, pada ibu jari lakukan pergerakan menuju menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain. Sedangkan pada pergerakan kaki, pegang pergelangan kaki dan bawah lutut lain untuk angkat sampai 30° lalu putar, gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° , angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh, putar kaki kalian ke dalam dan keluar, lakukan penekanan pada telapak kaki keluar dan kedalam, jari kaki ditekuk ketuk lalu diputar. Dan pergerakan leher, pegang pipi pasien lalu gerakan ke kiri dan dikanan dan gerakan leher menekuk ke depan dan kebelakang.

Pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal sebagian besar intervensi dapat dilakukan dengan baik yakni yaitu monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan Bahasa), monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, gunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi, dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (Mis. Berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan pikiran atau gagasan sekaligus, bicara perlahan sambil

menghindar teriak, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien), berikan dukungan psikologis, menganjurkan berbicara perlahan, menganjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara, menganjurkan ke ahli ahli patologi wicara atau terapis.

Pada masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit sebagian besar intervensi keperawatan dapat dilakukan dengan baik yaitu identifikasi penyebab gangguan kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, perubahan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), ubah posisi 2 jam tirah baring, lakukan pijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, bersihkan pasien dengan air hangat, terutama selama periode diare, anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum), anjurkan meningkatkan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim.

5. Evaluasi

Setelah melakukan implementasi keperawatan selama 5 x 8 jam kunjungan rumah pada klien Ny.M didapatkan 5 masalah keperawatan, dan berdasarkan hasil evaluasi keperawatan 2 masalah keperawatan klien dapat diatasi sebagian yaitu pola napas tidak efektif dan risiko gangguan integritas kulit. Sedangkan 3 masalah keperawatan klien belum teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, dan gangguan komunikasi verbal.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, teratasi sebagian di hari kedua pada Rabu, 16 November 2022 dimana pola nafas tidak efektif meningkat dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria 4 (Cukup menurun), frekuensi nafas klien dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria 4 (Cukup menurun), dan kedalaman nafas dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria 4 (Cukup Menurun). Masalah teratasi sebagian dikarenakan pengaturan posisi yang dilakukan oleh peneliti dilakukan dengan baik sehingga dapat membantu klien untuk menjaga pola nafas tetap membaik.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, tidak teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan manajemen program latihan dan tindakan latihan Range Of Motion (ROM) yang dimulai dari hari Selasa, 15 November 2022 sampai Sabtu, 19 November 2022 dimana penggerak ekstremitas dari kriteria 2 (Cukup menurun) ke kriteria 2 (Cukup menurun), kekuatan otot dari kriteria 2 (Cukup Menurun) ke kriteria 2 (Cukup menurun), Rentang gerak (ROM) dari kriteria 2 (Cukup menurun) ke kriteria 2 (Cukup menurun), kaku sendi dari kriteria 2 (Cukup meningkat) ke kriteria 3 (Sedang), gerakan tidak terkoordinasi dari kriteria 2 (Cukup meningkat) ke kriteria 2 (Cukup meningkat), dan kelemahan fisik dari kriteria 2 (Cukup Meningkatkan) ke kriteria 2 (Cukup meningkat). Masalah tidak teratasi karena menurut (Santoso, 2018) stroke non hemoragik memiliki berbagai dampak yang ditimbulkan selain

kelumpuhan pada anggota gerak atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, maka pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan untuk melakukan gerakan. Bagian Anggota ekstremitas yang diserang adalah ekstremitas atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan kemampuan fungsi motorik pada tangan seperti gangguan kemampuan menggenggam dan mencubit, sehingga perlu dilakukan pemulihan pada fungsi motorik halus.

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, tidak teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan dukungan tidur yang dimulai dari hari Selasa, 15 November 2022 sampai Sabtu, 19 November 2022 dimana keluhan sulit tidur dari kriteria 2 (Cukup menurun) ke kriteria 2 (Cukup menurun) dan keluhan pola tidur berubah dari kriteria 2 (Cukup menurun) ke kriteria 2 (Cukup menurun).

Hasil evaluasi gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskular tidak teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan dukungan tidur yang dimulai dari hari Selasa, 15 November 2022 sampai Sabtu, 19 November 2022 dimana kemampuan berbicara dari kriteria 2 (Cukup menurun) ke kriteria 2 (Cukup menurun), kemampuan ekspektasi wajah dari kriteria 2 (Cukup menurun), pelo dari kriteria 2 (Cukup meningkat) ke kriteria 2 (Cukup meningkat), dan respon perilaku dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria 3 (Sedang).

Hasil evaluasi risiko gangguan integritas kulit ditandai dengan penurunan mobilitas, teratasi sebagian di hari kedua pada Rabu, 16

November 2022 dimana kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria (Cukup meningkat), kemampuan mengendalikan faktor risiko dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria 4 (Cukup meningkat) dan kemampuan melakukan street kontrol risiko dari kriteria 3 (Sedang) ke kriteria 4 (Cukup meningkat). dan orang lain. Terkadang dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip dan otonomi.

6. Keadilan (Justice)

Prinsip keadilan diperlukan untuk mencapai kesetaraan dan keadilan bagi orang lain yang melindungi prinsip-prinsip moral, hukum dan kemanusiaan. Nilai ini tercermin dalam praktek profesional karena perawat bekerja untuk memberikan terapi yang tepat dan sesuai dengan undang-undang, standar praktek, dan keyakinan yang benar untuk memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas.

7. Tidak merugikan (Nonmaleficence)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien

8. Veracity (Kejujuran)

Nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik yang dimulai tanggal 15 November s/d 19 November 2022 dari tahap pengkajian hingga evaluasi, yang dilakukan pada klien Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur yang berlokasi di di rumah klien di Jl. Mugirejo maka dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

1. Pengkajian

Tahap pengkajian pada Ny.M yang berusia 68 tahun dilakukan pada hari Selasa, 15 November 2022 pukul 19.00 WITA, klien dalam keadaan terbaring ditempat tidur dan kesulitan untuk bergerak seraf tidak bisa berbicara.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien Ny.M ditegakkan 5 diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik, pola nafas tidak efektif, gangguan pola tidur, gangguan komunikasi verbal, resiko gangguan integritas kulit. Dari 5 masalah keperawatan tersebut, terdapat 3 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan risiko gangguan integritas kulit. Sedangkan 2 diantaranya tidak sesuai dengan teori yaitu gangguan pola tidur dan pola napas tidak efektif.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan kepada klien dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif diberikan intervensi pengaturan posisi. Pada gangguan pola tidur diberikan intervensi dukungan tidur. Pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik diberikan manajemen program latihan. Pada masalah gangguan komunikasi verbal diberikan intervensi promosi komunikasi : defisit bicara. Dan pada masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit diberikan intervensi keperawatan integritas kulit.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnosa keperawatan yang telah dibuat dan pelaksanaan yang dilakukan pada Ny. M dimulai tanggal 15 November s/d'19 November 2022 sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.M dilakukan selama 5 hari, dimulai pada tanggal 15 November 2022 sampai dengan 19 November 2022 oleh penulis dibuat dalam format evaluasi SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Planning). Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada klien menunjukkan bahwa terdapat 5 diagnosa keperawatan, 2 masalah keperawatan klien dapat diatasi sebagian yaitu pola napas tidak efektif dan risiko gangguan integritas kulit. Sedangkan masalah keperawatan klien belum teratasi yaitu bersihan gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, dan gangguan mobilitas fisik.

B. Saran

1. Bagi Penulis / Peneliti

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menguasai konsep teoritis stroke non hemoragik. Selain itu, peneliti perlu melakukan pengkajian yang tepat dan akurat agar asuhan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang teridentifikasi pada pasien.

2. Bagi instansi terkait

Disarankan instansi Pendidikan sebaiknya lebih banyak melakukan diskusi terkait analisis latihan penurunan kekuatan otot terutama terhadap pasien stroke non hemoragik karena untuk memenuhi kebutuhan mobilitas fisiknya. Karena penurunan mobilitas fisik merupakan masalah keperawatan umum dan paling sering diangkat sebagai diagnosa, dan banyaknya penanganan secara non farmakologis hendaknya dilatih kepada mahasiswa agar mampu berpikir kritis untuk menerapkan intervensi keperawatan secara mandiri dan menyinkronkan dengan jurnal-jurnal terbaru.

3. Bagi klien dan keluarga

Disarankan dapat menghindari faktor terjadinya stroke non hemoragik dan diharapkan agar pasien dan keluarga untuk mengikuti saran yang diberikan, menerapkan gaya hidup sehat dan rutin untuk mencegah komplikasi stroke. Peran keluarga sangat penting dalam memotivasi pasien untuk menerapkan atau membantu latihan range of motion (rom) untuk menghindari komplikasi yang berlebihan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat berguna sebagai sumber membaca dan bahan belajar untuk membuat tugas dan melakukan asuhan keperawatan, dan diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, dan dapat lebih teliti dalam melakukan pengkajian serta pengolahan data yang menyeluruh dengan tepat dan akurat sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Faadilah, A., Asmara, A. N., Rahayu, A., & Koswara, A. (2021). Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Penyakit Stroke Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(1), 42-51.
- Saputra, A., Elly, N., & Sari, N. P. (2022). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Pemberian Terapi ROM Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu Tahun 2022. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(5), 1-5.
- Rahmawati, I., Triana, N., Juksen, L., & Zulfikar, Z. (2022). Peningkatan Kekuatan Motorik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Menggenggam Bola Karet: Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Medika Udayana*, 8(01), 22-34.
- Nurani, R. D. (2022). PENGARUH LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM) UNTUK MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 4(1).
- Ahmad, A. D., & Ikhssani, A. (2021). Case Report: Mr. I 56 years old with Stroke Non Hemoragic. *Jurnal Teknologi Kesehatan Borneo*, 2(2), 84-90.
- Deva, A. R., Aisyiah, A., & Widowati, R. (2022). Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 & 3. *Malahayati Nursing Journal*, 4(4), 950-959.
- Deva, A. R., Aisyiah, A., & Widowati, R. (2022). Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 & 3. *Malahayati Nursing Journal*, 4(4), 950-959.

- Basyir, I. F., Nurkhalifah, N., & Linggabudi, I. G. B. W. (2021). Gambaran Radiologis pada Bidang Neurologis Stroke. *Jurnal Syntax Fusion*, 1(10), 588-603.
- Pratama, A. D., Raihan, N. R., & Furqonah, A. A. (2022). Efektivitas Virtual Reality Training Terhadap Kemampuan Fungsional Ekstremitas Atas pada Kasus Stroke: Studi Literatur. *Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi*, 6(1), 16-23.
- Immanuel, I. (2022). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Stroke Hemiparase Dextra Dengan Modalitas Infra Red, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) Dan Proprioceptive Neuromuscular Facilitation (PNF). *JPhiS (Journal of Phisioteraphy Student)*, 1(1), 25-32.
- Hidayah, F. W., Nurfadilah, F. F., & Hadayani, R. N. (2022). Implementasi Range Of Motin (ROM) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Masalah Gangguan Aktivitas dan Istirahat. *ULIL ALBAB: Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 1(8), 2355-2361.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168-172.
- Suwaroyo, P. A. W., Muslikhah, S., & Waladani, B. (2022). PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE MENGGUNAKAN ROM: METODE CYLINDRICAL GRIP. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 3(2), 72-84.
- Andrianur, F., & Ismansyah, I. (2022). INTERVENSI PENDIDIKAN STROKE MENINGKATKAN PENGETAHUAN DAN SIKAP POSITIF DALAM MENCEGAH KEGAWAT DARURATAN STROKE. *Husada Mahakam: Jurnal Kesehatan*, 12(1), 32-40.

- Dedi, D., Syamsul, D., & Siregar, R. T. (2023). PROFIL PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN STROKE ISKEMIK PADA PASIEN DI POLI NEUROLOGI. *Borneo Nursing Journal (BNJ)*, 5(1), 36-45.
- Wibowo, K. A., Putri, N. R. I. A. T., & Novitasari, D. (2021, November). Asuhan Keperawatan Gerontik Tn. T dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik dengan Masalah Utama Stroke Non Hemoragik. In *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat* (pp. 1089-1093).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

LAMPIRAN

Lampiran 1

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadai

Nama : Riky Maulana
Tempat, Tgl Lahir : Sri Raharja, 03 Juni 2001
Alamat Asal : Sri Raharja, Rt.01, Kec. Babulu, Kab. PPU
Alamat Samarinda : Sidodadi, Gg. Cempaka, Rt. 60 Kec. Samarinda Ulu
Email : riki.maulana376@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

Tamat SD : Tahun 2014 di SD Negri 018 Babulu
Tamat SMP : Tahun 2017 di SMP Negri 8 Penajam Paser Utara
Tamat SMA : Tahun 2020 di SMA Negri 4 Penajam Paser Utara

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Judul KTI : Asuhan keperawatan Ny 'M' pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM di wilayah Mugirejo kota Samarinda

Pembimb : Ns. Faried R Hidayat, S.Kep, M.Kes

Mahasiswa : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Tanggal Konsultasi :

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	17 Nov 2022	konsultasi awal		Faried R Hidayat Riky Maulana

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Judul KTI : Asuhan keperawatan Ny 'M' pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM di wilayah Mugirejo kota Samarinda

Pembimb : Ns. Faried R Hidayat, S.Kep, M.Kes

Mahasiswa : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Tanggal Konsultasi :

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
3.	21/12 2022	konsultasi BAB 1	Perbaikan	
4.	29/12 2022	konsultasi BAB 1 / BAB 11	Perbaikan	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Judul KTI : Asuhan keperawatan Ny 'M' pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM di wilayah Mugirejo kota Samarinda

Pembimb : Ns. Faried R Hidayat, S.Kep, M.Kes

Mahasiswa : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Tanggal Konsultasi :

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
5.	30/12 2022	BAB I, BAB II, BAB III	ACC BAB I	
6.	3/1 2023	BAB II, BAB III	ACC BAB II	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Judul KTI : Asuhan keperawatan Ny 'M' pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM di wilayah Mugirejo kota Samarinda

Pembimb : Ns. Faried R Hidayat, S.Kep, M.Kes

Mahasiswa : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Tanggal Konsultasi :

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	17/2022 11	konsultasi Judul KTI	Diterima dan diawatkan penyusunan KTI	
2.		konsultasi GAB	Revisi serta Perbaikkan	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Judul KTI : Asuhan keperawatan Ny 'M' pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM di wilayah Mugirejo kota Samarinda

Pembimb : Ns. Faried R Hidayat, S.Kep, M.Kes

Mahasiswa : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Tanggal Konsultasi :

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
3		konsultasi Bab I dan BAB II	Revisi dan perbaikan	
4.		konsultasi BAB I dan BAB II serta bab III	Revisi dan perbaikan	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Judul KTI : Asuhan keperawatan Ny 'M' pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penerapan ROM di wilayah Mugirejo kota Samarinda

Pembimb : Ns. Farid R Hidayat, S.Kep, M.Kes

Mahasiswa : Riky Maulana

Nim : 2011102416024

Tanggal Konsultasi :

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
5.		Konsultasi BAB1, BAB 2, dan BAB3	Revisi dan Perbaikan	
6.		Konsultasi BAB1, BAB 2, dan BAB3	Di Perbolehkan maju sidang pro proposal kti	

Riky Maulana_ Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik KTI

by Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Submission date: 21-Mar-2024 10:14AM (UTC+0800)

Submission ID: 2242927096

File name: KTI_RIKY_MAULANA_D_III_KEPERAWATAN.docx (659.94K)

Word count: 21444

Character count: 126071

Riky Maulana_ Studi Kasus Asuhan Keperawatan Ibu M Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik KTI

ORIGINALITY REPORT

26%
SIMILARITY INDEX

27%
INTERNET SOURCES

3%
PUBLICATIONS

18%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	5%
2	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	3%
3	dspace.umkt.ac.id Internet Source	3%
4	adminlib.poltekkes-solo.ac.id Internet Source	2%
5	eprints.umpo.ac.id Internet Source	2%
6	pdfcoffee.com Internet Source	2%
7	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	2%
8	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%

repository.poltekkes-kdi.ac.id