

SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN



saptabakti

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI
PADA PASIEN PASCA STROKE HEMOROGIK DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUARA BANGKAHULU TAHUN 2022**

DEVA PUTRI SOVIE AFRILIA

NIM: 201901025

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2022**



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI
PADA PASIEN PASCA STROKE HEMOROGIK DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUARA BANGKAHULU TAHUN 2022**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Keperawatan

DEVA PUTRI SOVIE AFRILIA
NIM: 201901025

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

**HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
NUTRISI PADA PASIEN PASCA STROKE HEMOROGIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
MUARA BANGKAHULU**

DEVA PUTRI SOVIE AFRILIA
NIM:201901025

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada Tanggal 24 Agustus 2022 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Dra. Hj. Rosdiana, MM
NIK. 2008.001

Anggota Penguji

1. Ns. Siska Iskandar, M.A.N
NIDN. 0206048501

2. Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep
NIDN. 0220078502

Mengetahui,

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Hj. Djusmalinar, SKM.M.Kes
NIK.2008.002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DEVA PUTRI SOVIE AFRILIA

Nim : 201901025

Program Studi : D III Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar- benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiblanan, Maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Dosen Pembimbing

Ns. Novi Lasmasari. M.Kep
NIDN. 0120078502

Bengkulu, 03 November 2022

Pembuat pernyataan



DEVA PUTRI SOVIE AFRILIA
NIM:201901025

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA PASIEN PASCA STROKE HEMOROGIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA BANGKAHULU

ABSTRAK

ix Halaman Awal + 100 Halaman Inti

Deva putri sovie afrilia , Novi Lasmadasari

Stroke hemoragik adalah kelumpuhan pada seseorang akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan kelumpuhan dibagian tubuhnya sehingga ketidak mampuan untuk berjalan dan mengalami juga kesulitan untuk makan dikarenakan otot wajah yang melemah kesulitan untuk mengunyah makanan. **Tujuan peneliti:** ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien pasca stroke hemorogik sesuai dengan standar asuhan keperawatan. **Metode penelitian :** yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan rancangan studi kasus . Penelitian dilakukan pada 2 orang pasien dan membandingkan respon hasil dari setiap tindakan lakukan adalah manajemen nutrisi selama 7 hari lalu hasil evaluasi selama 7 hari itu dibahas sesuai dengan teoriti dan dilakukan analisa data dari hasil peneliti yang dilakukan oleh peneliti s membuat pembahasan dengan menggunakan jurnal ataupun buku yang terkait. **Hasil penelitian:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 minggu kunjungan pada pasien pasca stroke hemorogik dengan resiko defisit nutrisi terjadi dengan ditandai berat badan pasien mengalami kenaikan yaitu dari BB 45 kg menjadi 46 sedangkan responden 2 dari BB 50 menjadi 51. Masalah teratasi intervensi di hentikan.

Kata kunci: Defisit nutrisi, pemenuhan kebutuhan nutrisi

Daftar Pustaka : (2008-2019)

NUTRITIONAL CARE FULFILLMENT OF NUTRITIONAL NEEDS IN POST-HEMORROGIC STROKE PATIENTS IN THE WORK AREA OF MUARA BANGKAHULU PUSKESMAS

ABSTRACT

ix Home Page + 100 Core Pages

Deva putri sovie afrilia , Novi Lasmadasari

Hemorrhagic stroke is paralysis in a person due to rupture of blood vessels in the brain which causes paralysis in parts of his body so that he is unable to walk and has difficulty eating due to weakened facial muscles and difficulty chewing food. **Objective:** This is to meet the nutritional needs of post hemorrhagic stroke patients in accordance with nursing care standards **Method:** The method used is descriptive, namely describing or describing nursing care in post-stroke patients with nutritional deficit problems with a nursing care approach, namely assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The process of collecting data by means of direct interviews with patients and families, home visits, conducting physical examinations, observing and making discussions using related journals or books. **Results:** After nursing care was carried out for 1 week of visits to post-hemorrhagic stroke patients with nutritional deficits, the patient's weight increased from 45 kg to 46 while respondent 2 from 50 to 51. The problem was resolved, the intervention was stopped. **Conclusion:** From this case study, it was found that the application of nursing care to fulfill nutritional needs had an effect on post hemorrhagic stroke patients. Based on the results of this case study, it is recommended that the application of fulfilling nutritional needs can be applied in the implementation of nursing care in post-hemorrhagic stroke patients.

Keywords: Nutritional deficit, fulfillment of nutritional needs

Bibliography: (2008-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti hanturkan kehadiran ALLAH SWT, karena atas rahmat karunia dan hidayahnya peneliti diberi kesempatan, kesehatan dan kemampuan sehingg peneliti dapat menyelesaikan proposal in dengan baik dan tepat waktu pada kesempatan ini penelitian mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Hj. Djusmalinar,SKM,M.Kes Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu.
2. Ibu Ns. Siska Iskandar,MAN Selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan.
3. Ibu Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep sebagai anggota penguji II sekaligus dan dukungan kepada peneliti.
4. Segenap dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu Khususnya Prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan beragam ilmu pengetahuan kepada peneliti.
5. Keluarga tercinta yang selalu memberikan semangat, dukungan dan do'a dengan penulis kesabaran untuk keberhasilan penelitian.
6. Serta teman teman seperjuangan yang selalu mensuport sehingga sampai dititik ini.
7. Terimakasih kepada semua pihak dalam pembuata proposal ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan mmembalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga tugas proposal ini membawa manfaat bagi perkembangan.

Bengkulu, 24 Agustus 2022

Deva putri sovie afrilia

DAFTAR ISI

| | Hal |
|--|-------------|
| HALAMAN PENGESAHAN | ii |
| KATA PENGANTAR | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| DAFTAR TABEL | vi |
| DAFTAR BAGAN | vii |
| DAFTAR GAMBAR | viii |
| DAFTAR SINGKATAN | ix |
| DAFTAR ISTILAH | x |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| A. Latar belakang..... | 1 |
| B. Rumusan masalah..... | 3 |
| C. Tujuan penelitian..... | 3 |
| D. Manfaat studi kasus..... | 4 |
| | |
| BAB II | |
| A. Konsep Medis | 5 |
| 1. Definisi | 5 |
| 2. Anatomi Fisiologi | 5 |
| 3. Etiologi..... | 10 |
| 4. Patofisiologi | 11 |
| 5. Nutrisi..... | 13 |
| 6. WOC | 15 |
| 7. Komplikasi | 16 |
| 8. Manifestasi Klinis | 16 |
| 9. Komplikasi | 17 |
| 10. Pencegahan..... | 18 |
| | |
| B. Konsep Asuhan Keperawatan | 20 |
| 1. Pengkajian | 20 |
| 2. Pola Aktivitas | 21 |
| 3. Pemeriksaan fisik | 22 |
| 4. Pemeriksaan Diagnostic | 24 |
| 5. Diagnosa Keperawatan..... | 25 |
| 6. Diagnosa Keperawatan | 30 |
| 7. Intervensi Keperawatan..... | 30 |
| | |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| E. Desain Studi Kasus | 35 |
| F. Subjek Penelitian..... | 35 |
| G. Definisi Operasional..... | 35 |
| H. Lokasi Dan Waktu Penelitian | 35 |
| I. Tahapan Penelitian | 36 |
| J. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data..... | 37 |

| | |
|------------------------------------|----|
| K. Analisa Data | 37 |
| L. Etika Penelitian | 39 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Hasil penelitian..... | 40 |
| B. Pembahasan | 88 |
| BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Saran..... | 93 |
| B. Kesimpulan | 94 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

Hal

| | |
|---|----|
| Table 2.2 State Of The Art..... | 26 |
| Table 2.3 Hasil Aktivitas Sehari – Hari Pasien Stroke | 29 |
| Table 2.4 Pemeriksaan Fisik | 30 |
| Table 2.5 Analisa Keperawatan Pasien Stroke Hemoregik | 33 |
| Table 2.6 Intervensi Keperawatan..... | 38 |

DAFTAR BAGAN

| | Hal |
|---|------------|
| Bagan 2.1 WOC <i>Stroke Hemoragik</i> | 31 |
| Bagan 3.1 Tahapan Penelitian..... | 45 |

DAFTAR GAMBAR

Hal

| | |
|---|---|
| Gambar 2.1 Gambar Anatomi Otak | 6 |
| Gambar 2.2 Gambar Anatomi Pembuluh Darah Otak | 9 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal penelitian
- Lampiran 2 Penjelasan untuk mengikuti penelitian
- Lampiran 3 Informed Consent
- Lampiran 4 Penetapan subjek berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi

DAFTAR SINGKATAN

- WOC : Word Healt Organization
TIA : Transien ischemic
SOP : Standar Operasional prosedur
DS : Data subjekti
DO : Data subjektif
MRI : Magnetic Imaging Resnance
TIK : Tekanan Intrakranial
AHA : American Heart Assocation
ROM : Range Of Motion
GCS : Glaslow Coma Scale

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke hemoragik adalah kelumpuhan pada seseorang akibat pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan kelumpuhan dibagian tubuhnya sehingga ketidak mampuan untuk berjalan dan mengalami juga kesulitan untuk makan dikarenakan otot wajah yang melemah kesulitan untuk mengunyah makanan (Amanda, 2018).

Setelah mengalami pasca stroke yang sudah di rawat dirumah biasanya penderita mengalami defisit nutrisi pasien mengalami malnutrisi status gizi pasien seringkali menurun, karena peningkatan kebutuhan metabolisme yang tidak dapat dipenuhi sehubungan dengan sulitnya untuk menelan dan berlanjut pada disfagia (kesulitan menelan) disfagia merupakan keluhan yang disebabkan karena adanya kelaianan pada esophagus, yaitu timbulnya kesulitan pada menelan makanan dan cairan (Pudiastuti, 2017).

Selama menjalani perawatan di rumah, masalah keperawatan sering muncul adalah defisit nutrisi karena kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga tentang pemenuhan nutrisi bagi pasien pasca stroke karena perawatandirumah tidak memperhatikan komposisi kebutuhan nutrisi. Perawatan dirumah juga berisiko mengalami kelebihan nutrisi dan ketidakefektifan komposisi yang dibutuhkan sehingga menyebabkan stroke berulang.

Peran keluarga dalam perawatan pasca stroke di rumah sangat dibutuhkan dalam kesembuhan pasien dengan memberikan dukungan sosial, keluarga pemberi motivasi dan keluarga membantu, mencari pengobatan dan perawatan pasien (Friedma, Bowden, 2018).

Perawatan setelah pulang dari rumah sakit keluarga diberikan informasi atau edukasi oleh perawat untuk perawatan pasien, yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu yang bermanfaat namun selama perawatan di rumah tidak ada evaluasi dari petugas kesehatan dan tidak semua keluarga membantu cek kesehatan rutin bagi pasien pasca stroke (Potter, 2018).

Berdasarkan penelitian dinas kesehatan yang dilakukan, angka kejadian di Provinsi Bengkulu jumlah kasus dengan diagnosa stroke sebanyak 115 orang. Angka kejadian stroke di Kota Bengkulu yang paling tinggi berada di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu dengan jumlah kasus 59 orang (Dinas Kesehatan KotaBengkulu). penelitian yang dilakukan pada tanggal 24 Desember 2021 diPuskesmas Muara Bangkahulu menunjukkan bahwa jumlah pasien stroke dari Januari sampai November sebanyak 25 orang dan dinyatakan stroke yang mengalami stroke hemorogik ada 11orang dan 14 orang mengalami stroke nonhemorogik.

Biasanya pada pasien pasca stroke hemorogik mengalami keluhan seperti mengalami (paralisis) kondisi ketika satu atau beberapa bagian tubuh tidak dapat digerakan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh gangguan pada otot atau saraf ditandai dengan tanda dan gejala yaitu kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) dan gangguan sensibilitas kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik, afasia (kesulitan dalam bicara), Disatria (bicara cadel atau pelo, dan juga mengalami gangguan menelan sehingga pasien tidak mampu makan dengan normal (Yunani 2010).

Beberapa masalah keperawatan yang muncul pada pasien pasca stroke yang dirawat dirumah adalah gangguan mobilitas fisik, dikarenakan pecahnya pembuluh darah dan kerusakan neurom muscular terjadi karena penurunan kekuatan otot. Selain itu masalah keperawatan yang bisa juga terjadi pada pasien stroke adalah deficit nutrisi, dikarenakan ketidakmampuan dalam menentukan kebutuhan nutrisi selama perawatan di rumah (SIKI 2018).

Peran Perawat sebagai *care give* pada pasien pasca stroke dengan perawatan di rumah adalah observasi kebutuhan nutrisi pasien, penyusunan kebutuhan nutrisi, monitor asupan makanan dan monitor berat badan, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi dan berikan makanan tinggi kalori dan protein (SIKI 2018).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien pasca stroke hemorogik di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu 2022.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini, Bagaimana gambaran penerapan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien pasca stroke hemorogik di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Telah memperoleh gambaran penerapan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien pasca stroke hemorogik di wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu

2. Tujuan Khusus

- a. Telah melakukan pengkajian pada pasien pasca stroke hemorogik
- b. Telah melakukan analisa data dan menegakan diangonsa pada pasien pasca stroke hemorogik
- c. Telah melakukan intervensi keperawatan pada pasien pasca strokehemorogik
- d. Telah melakukan implementasi keperawatan pada pasien pasca stroke hemorogik
- e. Telah melakukan evaluasi keperawatan pada pasien pasca stroke hemorogik
- f. Telah melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien pasca stroke hemorogik

D. Manfaat Studi Kasus

1. Tempat penelitian

Diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan informasi tentang penerapan asuhan keperawatan dan menambah referensi sehinga dapat meningkatkan pelayanan keperawatan diwilayah kerja puskesmas.

2. Pengembangan pengetahuan

Dapat menambahkan pengetahuan dan keterampilan dalam mengembangkan berbagai trepan untuk mengupayakan pencegahankomplikasi penyakit dan komplikasi pengobatan bagi penderita stroke dengan focus pada pemberian asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhannutrisi dengan manajemen nutrisi dengan pasien pasca stroke hemorogik.

3. Penelitian lain

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis mengenai asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien pasca stroke hemorogik, serta hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dan pengembangan bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke Hemoragik

1. Definisi *Stroke Hemoragik*

Stroke hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya (Amanda, 2018).

Stroke hemoragik yaitu perdarahan intrakranial berdasarkan tempat perdarahannya yakni dirongga subaraknoid atau didalam parenkim otak (intracerebral) ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat seperti perdarahan subaraknoid yang bocor ke dalam otak atau sebaliknya (Rahmayanti, 2019).

Berdasarkan penelitian-penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa stroke hemoragik yaitu disfungsi neurologis fokal yang akut yang disebabkan oleh perdarahan pada substansi otak yang terjadi secara spontan.

2. Anatomi fisiologi

A. Otak

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

1) Otak Besar

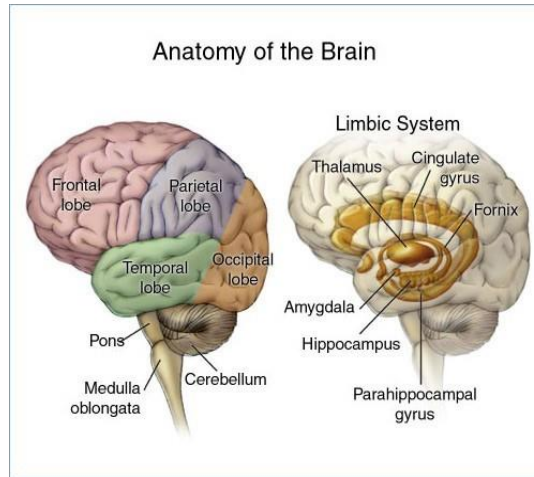
Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parientalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.

2) Otak Kecil

Terletak dibawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.

3) Batang Otak

Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.



Gambar 2.1 Anatomi Otak

Serebrum terdiri dari dua hemisfer serebri, korpus kolosum dan korteks serebri. Masing-masing hemisfer serebri terdiri dari lobus frontalis yang merupakan area motorik primer yang bertanggung jawab untuk gerakangerakan volutar, lobur parietalis yang berperan pada kegiatan memproses dan mengintegrasikan informasi sensorik yang lebih tinggi tingkatnya, lobus temporalis yang merupakan area sensorik untuk impuls pendengaran dan lobus oksipitalis yang mengandung korteks penglihatan primer, menerima informasi penglihatan dan menyadari sensasi warna.

Serebelum terletak di dalam fosa kranii posterior dan ditutupi oleh duramater yang menyerupai atap tenda yaitu tentorium, yang memisahkannya dari bagian posterior serebrum. Fungsi utamanya adalah sebagai pusat refleks yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot, serta mengubah tonus dan kekuatan kontraksi untuk mempertahankan keseimbangan sikap tubuh. Bagian-bagian batang otak dari bawah ke atas adalah medula oblongata, pons dan mesensefalon (otak tengah). Medula oblongata merupakan pusat refleks

yang penting untuk jantung, vasokonstriktor, pernafasan, bersin, batuk, menelan, pengeluaran air liur dan muntah. Pons merupakan mata rantai penghubung yang penting pada jaras kortikosereberalis yang menyatukan hemisfer serebri dan serebelum.

Mesensefalon merupakan bagian pendek dari batang otak yang berisi aquedikus sylvius, beberapa traktus serabut saraf asenden dan desenden dan pusat stimulus saraf pendengaran dan penglihatan. Diensefalon di bagi empat wilayah yaitu talamus, subtalamus, epitalamus dan hipotalamus. Talamus merupakan stasiun penerima dan pengintegrasikan subkortikal yang penting. Subtalamus fungsinya belum dapat dimengerti sepenuhnya, tetapi lesi pada subtalamus akan menimbulkan hemibalismus yang ditandai dengan gerakan kaki atau tangan yang terhempas kuat pada satu sisi tubuh.

Epitalamus berperan pada beberapa dorongan emosi dasar seseorang. Hipotalamus berkaitan dengan pengaturan rangsangan dari sistem susunan saraf otonom perifer yang menyertai ekspresi tingkah dan emosi (Satyanegara, 2010).

a. Nervus Cranialis

1) Nervus olfaktorius

Saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.

2) Nervus optikus

Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.

3) Nervus okulomotoris

Bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.

4) Nervus troklearis

Bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.

5) Nervus trigeminus

Bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang. Fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:

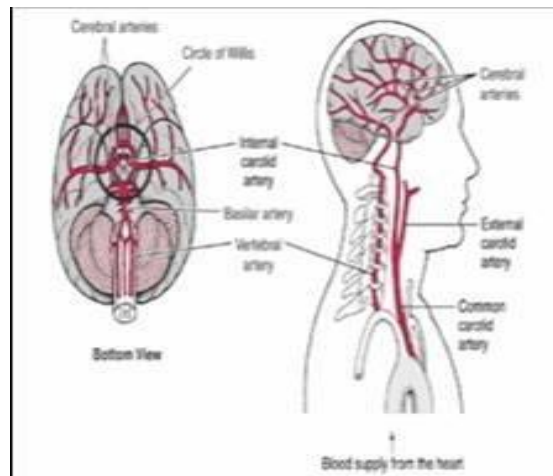
- a) Nervus oltamikus: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
 - b) Nervus maksilaris: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
 - c) Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- 6) Nervus abduksen
Sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
- 7) Nervus fasialis
Sifatnya majemuk (sensori dan motori) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.
- 8) Nervus auditoris
Sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- 9) Nervus glosofaringeus
Sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.
- 10) Nervus vagus
Sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.

11) Nervus asesorius

Saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.

12) Nervus hipoglosus

Saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

b. Sirkulasi Darah Otak

Gambar 2.2 Anatomi Pembuluh Darah Otak

Otak menerima 17 % curah jantung dan menggunakan 20 % konsumsi oksigen total tubuh manusia untuk metabolisme aerobiknya. Otak diperdarahi oleh dua pasang arteri yaitu arteri karotis interna dan arteri vertebralis. Dalam rongga kranium, keempat arteri ini saling berhubungan dan membentuk sistem anastomosis, yaitu sirkulus Willisi (Satyanegara, 2010).

Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteria karotis komunis kira-kira setinggi rawan tiroidea. Arteri karotis interna masuk ke dalam tengkorak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum, menjadi arteri serebri anterior dan media. Arteri serebri anterior memberi suplai darah pada struktur-struktur seperti nukleus kaudatus dan putamen basal ganglia, kapsula interna, korpus kolosum dan bagian-bagian (terutama medial) lobus frontalis dan parietalis serebri, termasuk korteks somestetik

dan korteks motorik. Arteri serebri media mensuplai darah untuk lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri (Satyanegara, 2010).

Arteria vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris, terus berjalan sampai setinggi otak tengah, dan di sini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang sistem vertebrobasilaris ini memperdarahi medula oblongata, pons, serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon. Arteri serebri posterior dan cabang-cabangnya memperdarahi Sebagian diensefalon, sebagian lobus oksipitalis dan temporalis, aparatus koklearis dan organ-organ vestibular. Darah di dalam jaringan kapiler otak akan dialirkan melalui vena-vena (yang tidak mempunyai nama) ke vena serta di drainase ke sinus duramater. Dari sinus, melalui vena emisaria akan dialirkan ke vena-vena ekstrakranial (Satyanegara, 2010)

3. Etiologi

Stroke yang disebabkan karena faktor berikut ini:

Faktor yang dapat diubah:

1) Hipertensi

Tekanan darah yang lebih dari normal yang menyebabkan faktor resiko utama terjadinya stroke.

2) Diabetes melitus

Pada penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang mengalami penyakit paskuler, sehingga dapat terjadi mikro paskularisasi dan aterosklerosis menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia menyebabkan perfusiotak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

3) Penyakit jantung

Misalnya penyakit embolisme selebral yang berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongstif, miocard infark hipertrifi ventrikel kiri. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan karbon monoksida, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak

akan kekurangan oksigen dan akhirnya dapat terjadi stroke. Pada aterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga sehingga menjadi stroke.

4) Kebiasaan merokok dan minum alcohol

Pada seorang perokok biasanya akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan akan berakibat pada stroke. Pada alcohol dapat menyebabkan penyakit hipertensi, penurunan, aliran darah ke otak dan kardiak artmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga dapat terjadi emboli selebral.

5) Kolestrol tinggi

Peningkatan kolestrol pada tubuh dapat mengakibatkan aterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak sehingga menyebabkan perfusi otak menurun.

4. Patofisiologi

Faktor resiko stroke seperti gaya hidup, Diabetes Melitus, riwayat penyakit jantung dan sebagainya dapat menyebabkan kerja norepinefrin dipembuluh darah meningkat sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi akut. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak (serebral) pecah sehingga terjadi stroke hemoragik (Rahmayanti, 2019).

Mekanisme yang sering terjadi pada stroke perdarahan intraserebral adalah faktor dinamik yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi kronis menyebabkan pembuluh darah arteriol yang berdiameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan yang patologik. Perubahan tersebut berupa lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis, dan mikroaneurisma pada arteri di otak. Kenaikan tekanan darah secara mendadak ini dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah. Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka akan

menyebabkan perdarahan (Munir, 2015). Pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan Transient Ischemic Attack (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan Intracerebral sering dijumpai di daerah pituitary gland, thalamus, sub kortikal, lobus parietal, nucleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid (Perdana, 2017).

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM (Arteriovenous Malformati). Aneurisma paling sering di dapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willis sedangkan AVM (Arteriovenous Malformatio) dapat dijumpai pada jaringan otak di permukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subarachnoid (Perdana, 2017). Aneurisma merupakan lesi yang didapatkan karena berkaitan dengan tekanan hemodinamik pada dinding arteri percabangan dan perlekukan. Prekursor awal aneurisma adalah adanya kantong kecil melalui arteri media yang rusak. Kerusakan ini meluas akibat tekanan hidrostatis dari aliran darah pulsatif dan turbulensi darah, yang paling besar berada di bifurcatio atrei. Suatu aneurisma matur memiliki sedikit lapisan media, diganti dengan jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang terbatas atau tidak ada sehingga mudah terjadi ruptur. Saat aneurisma ruptur, terjadi ekstrasvasi darah dengan tekanan arteri masuk ke ruang subarachnoid dan dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Ekstrasvasi darah menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) global dan mengiritasi meningeal (Munir, 2015).

Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasopasme pembuluh darah serebral. Vasopasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasopasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari

darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh darah arteri di ruang subarachnoid. Ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O₂ jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi (Wati, 2019).

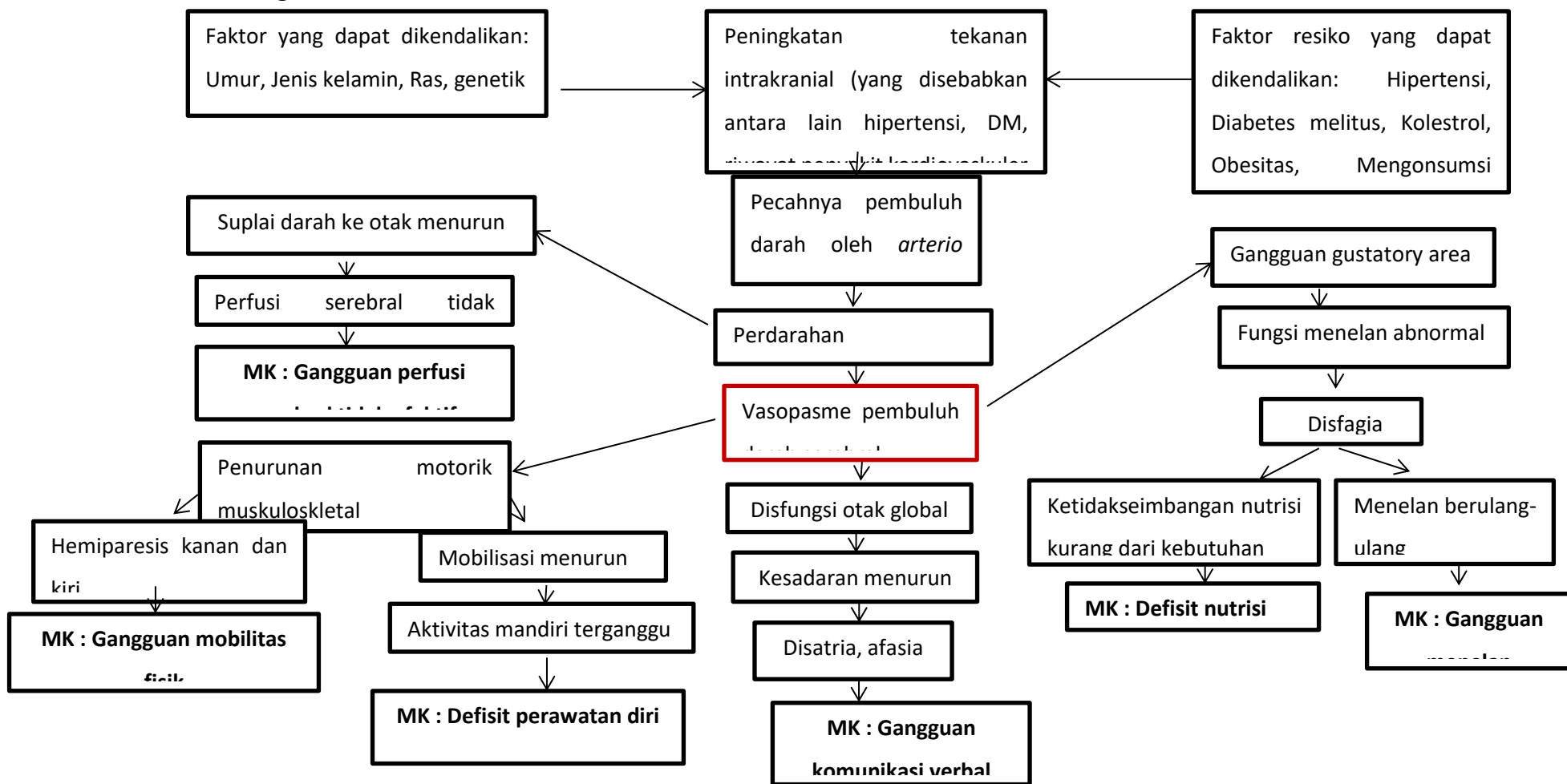
Perdarahan subarachnoid (PSA) yang mengacu pada perdarahan otak di bawah arachnoid, sering menyebabkan onset cepat defisit neurologis dan hilangnya kesadaran. Perdarahan subarachnoid ini akan direspon tubuh dengan cara mengkonstraksi pembuluh darah (vasokonstriksi atau vasospasme) yang dirangsang oleh zat-zat yang bersifat vasokonstriksi seperti serotonin, prostaglandin, dan produk pecahan darah lainnya. Keadaan ini akan memicu ion kalsium untuk masuk ke dalam sel otot polos pembuluh darah. Akibatnya kontraksi atau spasme akan semakin hebat dan lambat laun, yaitu sekitar hari kelima setelah perdarahan, kontraksi akan mencapai puncaknya sehingga terjadi penutupan lumen atau saluran pembuluh darah secara total dan darah tidak dapat mengalir lagi ke sel saraf yang bersangkutan. Akhirnya terjadi kematian pada sel saraf dan menyebabkan kehilangan kontrol mengakibatkan terjadinya hemiplegi dan hemiparesis. Hemiplegi dan hemiparesis dapat mengakibatkan kelemahan pada alat gerak dan menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan fisik pada ekstremitas sehingga muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Black dan Hawks, 2014).

5. Nutrisi

Pada pasien yang mengalami pasca stroke hemoragik umumnya akan mengalami kesulitan menelan sehingga akan terjadinya penurunan asupan nutrisi, proses menelan merupakan proses makanan atau cairan bergerak dari mulut sampai ke lambung proses menelan melibatkan gerakan otot mulut, esofagu. Dengan terjadinya gangguan menelan asupan nutrisi yang kurang akan memperburuk kondisi pasien stroke dengan teknik pemberian makanan

untuk memenuhi kebutuhan gizi melalui selang NGT yang dimasukan melalui lubang hidung sampai ke lambung dan juga Makanan yang dianjurkan pada pasien pasca stroke hemorogik memerlukan gizi seimbang yang terdiri dari karbohidrat seperti sayuran dan buahan dan vitamin D bermanfaat untuk penyembuhan pasien pasca stroke hemorogik.

6. WOC Stroke Hemoragik



Bagan: 2.1 Way Of Cause
Huda, Nurarif Amin & Kusuma Hardi. 2013.

7. Komplikasi

Secara umum, terdapat tiga jenis stroke, yakni transient ischemic attack (TIA), stroke iskemik, dan stroke hemoragik. Di antara ketiga klasifikasi ini, stroke iskemik termasuk tipe stroke yang paling sering terjadi, yaitu sekitar 87% dari keseluruhan kasus.

a) Stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi ketika gumpalan darah menyumbat aliran darah yang menuju otak. Gumpalan darah ini paling sering disebabkan oleh aterosklerosis. Aterosklerosis adalah penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah. Tumpukan lemak ini bisa terlepas lalu menyumbat pembuluh darah di otak. Klasifikasi stroke iskemik juga dapat terjadi akibat emboli. Emboli merupakan gumpalan darah yang berasal dari bagian tubuh lain, dan menyumbat pembuluh darah di otak. Sekitar 15 persen kasus emboli disebabkan oleh gangguan irama jantung, yang dikenal dengan fibrilasi atrium.

b) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah otak pecah dan darah akan keluar ke jaringan di sekitarnya. Perdarahan di dalam otak dinamakan perdarahan intraserebral. Sedangkan perdarahan yang terjadi di lapisan antara otak dan tulang tengkorak disebut perdarahan subaraknoid.

c) Transient ischemic attack (TIA)

Transient ischemic attack (TIA) disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak, yang bersifat sementara. Kondisi ini juga lebih dikenal dengan istilah stroke ringan. Berbeda dengan klasifikasi stroke lain, gejala TIA cuma berlangsung singkat. Durasi gejala ini biasanya tidak lebih dari lima menit, dan akan menghilang dalam 24 jam.

8. Manifestasi klinis

Menurut (Nugraha 2018) manifestasi klinik stroke hemoragik tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolaretal. Pada stroke akut gejala klinis meliputi

- a) Kelumpuhan wajah dan anggota badan dikarenakan penyumbatan pada pembuluh darah di otak kondisi ini mempengaruhi fungsi otak karena darah yang mengalir pada otak memiliki fungsi otak karena darah yang mengalir ke otak memiliki fungsi untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan nutrisi pada otak maka sel sel pada otak akan mati. Umumnya akan mengalami kelumpuhan pada anggota tubuh.

- b) Penurunan kesadaran (Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma) Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- c) Afasia (kesulitan dalam berbicara) mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan dengan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan dengan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.
- d) Disatria (bicara cadel atau pelo)
Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- e) Gangguan penglihatan (diplopia)
Dimana pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik ada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial 2, 4 dan 6.
- f) Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial 9 Selama menelan

9. Komplikasi

Menurut Rahmayanti (2019) komplikasi yang dapat terjadi pada klien stroke hemoragik adalah sebagai berikut:

- 1) Kelumpuhan pada anggota badan dikarenakan penyumbatan pada pembuluh darah di otak kondisi ini mempengaruhi fungsi otak karena darah yang mengalir pada otak memiliki fungsi otak karena darah yang mengalir ke otak memiliki fungsi untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan nutrisi pada otak maka sel sel pada otak akan mati. Umumnya akan mengalami kelumpuhan pada anggota tubuh .
- 2) Kesulitan menelan dan berbicara sehingga lidah dan rahang menjadi melemah dikarenakan terjadinya kerusakan pada saraf yang mengatur otot wajah sehingga mengalami kelemahan.

- 3) Pengumpalan darah biasanya di area tubuh yang jarang digerakan semakin banyak tubuh yan tidak bergerak terlalu lama risiko pengumpalan darah akan semakin besar.
- 4) Luka dekubitus pasien yang terus menerus bedrest akibat tekanan di kulit karena posisi badan tidak berganti waktu yang lama.

10. Pencegahan

- 1) Menjaga pola makan seperti kurangi makanan yang mengandung garam
- 2) Olahraga secara teratur dapat membuat jantung dan sistem peredaran darah bekerja secara teratur
- 3) Tingkatkan konsumsi sayuran dan buah
- 4) Menghindari konsumsi minuman beralkohol mengandung kalori tinggi

State of the art (penelitian sebelumnya)

Table 2.1 *State of the art*

| No | Judul | Tahun | Metode penelitian | Hasil penelitian |
|----|---|---------------------|--|---|
| 1. | Pengaruh pemberian discharge planning terhadap kemampuan keluarga dalam perawatan pasca stroke di rumah | Yaslina dkk, (2019) | Jenis penelitian ini berjumlah 10 orang dengan. Penelitian di lakukan selama kurang lebih 5 minggu dengan pemberian discharge planning pada klien dan keluarga selama 3 hari di rumah sakit,selanjutnya 1minggu setelah intervensi klien di lakukan kunjungan di rumah | Hasil penelitian ini menunjukkan 10 orang responden di dapatakan rata rata kemampuan keluarga pasca stroke sebelum pemeberian discharge planning dengan mean 1.2 dan dengan standar deviasi 2.1 sedangkan kemampuan keluarga pasca stroke di rumah sesudah pemberian discharge planning dengan mean 21.3 dan dengan standar deviasi 2.9 |
| 2. | Studi kasus proses asuhan gizi terstandar pada pasien stroke Hemoragik dan Non Hemoragik Rawat Inap di Rung Anggrek RSUDProf. DR. W. Z. Johannes Kupang | Sufmela (2019) | Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan rancangan studi kasus untuk mengkaji tentang proses asuhan gizi terstandar pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik. | Hasil asuhan Gizi pada beberapa responden menunjukkan bahwa status Gizi pasien Masih dalam kategori obesitas untuk responden pertama, sedangkanuntuk non hemoragik. |

responden dua dan tiga dalam kategori normal. keadaan pasien lemah dan hasil monitoring asupan telah mencapai kebutuhan normal

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Meliputi nama, umur (Stroke kemungkinan terjadi pada usia 20-60 tahun), jenis kelamin bisa terjadi pada perempuan maupun laki-laki, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering dialami oleh pasien Stroke seperti gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko defisit nutrisi, dan gangguan menelan,

c. Riwayat kesehatan sekarang

Mengalami sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, fisik lemah, dan sendi kaku,

d. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, riwayat diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada keluarga yang mengalami stroke

2. Pola Aktivitas

Tabel 2.2 Hasil Aktifitas Sehari-hari pasien pasca Stroke

| No | Pola sehari-hari | Aktifitas responden | Selama sakit |
|----|------------------|--|--|
| 1. | Pola nutrisi | | |
| | Makan: | | |
| | a. Jenis | Biasanya klien makan semua jenis makanan | Klien biasanya hanya makan bubur dan buah saja |
| | b. Jumlah | Biasanya klien makan dengan porsi banyak | Biasanya klien makan sedikit karna klien tidak nafsu makan |
| | c. Waktu | Biasanya klien makan teratur | Biasanya klien tidak makan dengan teratur |
| 2 | Minum | | |
| | a. jenis | Biasanya klien minum air putih dan jenis minuman lainnya | Normal |
| | b. jumlah | Biasa klien minum dengan jumlah normal | Normal |
| | c. waktu | Biasanya klien minum pada saat makan saja | Normal |

| | | | |
|----|---------------------|--|---|
| 3. | a. istirahat | Biasanya istirahat klien dengan normal | Biasanya istirahat klien terganggu krna nyeri |
| | b. BAB | Biasanya BAB klien normal | Biasanya BAB klien terganggu karna klien nafsu makan klien berkurang. |
| | c. Personal hygiene | Biasanya personal hygiene klien normal | Biasanya personal hygiene terganggu karna klien mengalami gangguan moblitas fisik |

3. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.3

| No | Observasi | Hasil Observasi (Berdasarkan Teori) |
|----|-------------------|--|
| 1 | Keadaan umum | Penentuan status kesadaran pada pasien stroke sangat penting. Penurunan kesadaran pada penderita stroke terjadi mengarah pada peningkatan tekanan intrakranial yang menyebabkan penekanan bagian ascending reticular activating system (ARAS) yang merupakan pusat kesadaran |
| | Tanda-tanda vital | a. Tekanan darah: tekanan darah normal yaitu 120/80 mmHg dan tidak banyak meningkat dan tidak banyak menurun b. Nadi: nadi meningkat lebih cepat yaitu 100-120 x/menit c. Pernafasan: frekuensi pernafasan meningkat lebih cepat 30-35 x/menit d. Suhu tubuh: suhu tubuh menurun dengan suhu 34,6-35,6°C. |

| | | |
|---|--|---|
| 2 | Sistem pernapasan (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) | Inspeksi: biasanya rongga dada semitris Palpasi: biasanya takti premitus seimbang kiri dan kanan Perkusi: biasanya sonor Auskultasi: biasanya vesikuler |
| 3 | Sistem kardiovaskuler (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) | Inspeksi: biasanya dada semitris Palpasi: biasanya tidak ada nyeri tekan Perkusi: biasanya redup Auskultasi: biasanya suara jantung lup-dup |
| 4 | Sistem persyarafan (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) | Inspeksi: biasanya bentuk kepala semetris, ditemukan gangguan sensorik dan motorik Palpasi: tidak ada nybageri tekan bagian kepala Perkusi: - Auskultasi: - |
| 5 | Sistem pencernaan (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) | Inspeksi: biasanya bentuk abdomen mendatar/mencembung Palpasi: biasanya tidak ada nyeri tekan Perkusi: biasanya untuk mengetahui normal atau tidak Auskultasi: biasanya untuk mengetahui suara bising usus |
| 6 | Sistem musculoskeletal (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) | Inspeksi: biasanya adanya keterbatasan gerak pada ektermitas Palpasi: kaji nyeri tekan, pembengkakan pada persendian Perkusi: biasanya untuk mengetahui respon otot dengan reflek hammer Auskultasi: - |
| | Sistem integumen (Hasil pengkajian: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) | Inspeksi: biasanya melihat keadaan kulit Palpasi: tidak ada nyeri tekan Perkusi: - Auskultasi: - |
| | Masalah keperawatan | 1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral 2. Ketidakseimabngan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |

-
4. Hambatan mobilitas fisik
 5. Deficit perawatan diri
 6. Hambatan komunikasi verbal
 6. Gangguan menelan
-

4. Pemeriksaan diagnostic

Berdasarkan data dasar pengkajian klien pada system neorologis (hemorogik stroke) maka diangkat diagnosa keperawatan berikut:

- a. Angiografi serebral: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti pendarahan
- b. Skan CT
- c. Ultrasonografi Doppler
- d. EEG (Electro Encephalo Gram)
- e. Sinar X tengkorak

5. Diagnosa keperawatan

Tabel 2.4 Analisa keperawatan pasien Stroke Hemorogik

| No | Data Senjang | Etiologi | Masalah Keperawatan |
|----|--|--|------------------------|
| 1. | 1. Ds: 1. Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit 2. Nafsu makan berkurang 3. Berat badan sebelum dan sesudah sakit berbeda Do: 1. Membrane mukosa tampak pucat 2. Nafsu makan menurun 3. Porsi makan tidak beraturan | Kurangnya asupan makan ↓ Nafsu makan menurun ↓ Berat badan menurun dibawah rentang ideal ↓ Defisit nutrisi | Resiko defisit nutrisi |

-
2. Ds:
1. Mengeluh sulit menelan
Ds:
1. Sulit mengunyah

Pecahnya pembuluh darah perdarahan subarachoid

↓
Peningkatan tekanan intracranial

↓
Vasopasme pembuluh darah

↓
Stroke hemorogik

↓
Gangguan gustatory area

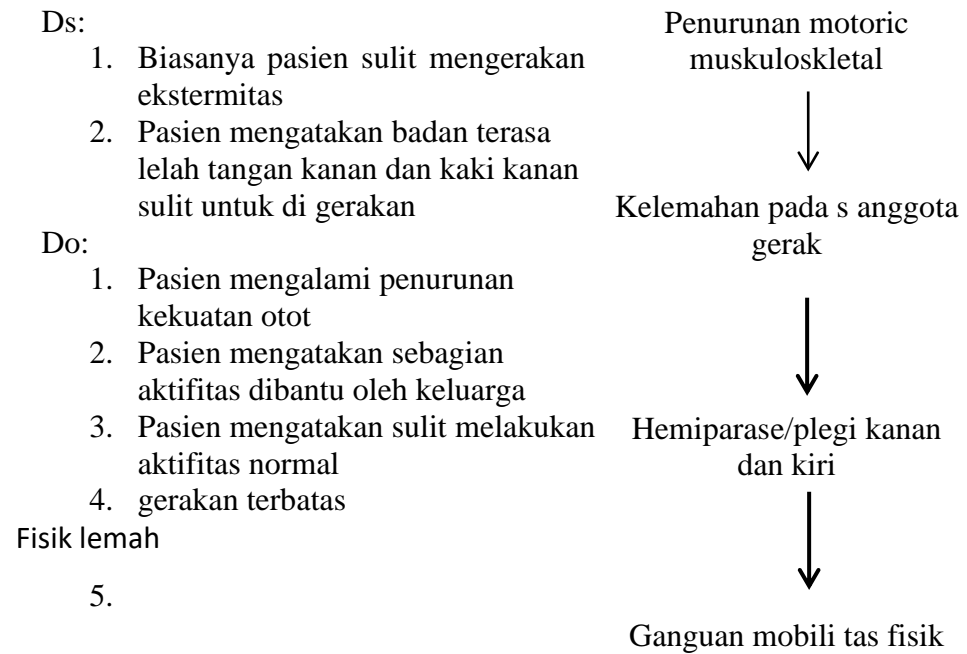
↓
Fungsi menelan abnormal

↓
Disfagia

↓
Menelan berulang ulang

↓
Gangguan menelan

Gangguan menelan (D.0063)



| | | |
|--|---|---------------------------------|
| 4. Ds. 1. Biasanya klien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri/ aktivitas | Pecahnya pembuluh darah (perdarahan subarachnoid) | Defisit perawatan diri (D.0109) |
| | ↓ | |
| Do. 1. Klien tidak mampu mandi, mengenakan pakain, makan, ketoilet, secara mandiri | Peningkatan tekanan intrakranial | |
| | ↓ | |
| | Vasopasme pembuluh darah | |
| | ↓ | |
| | Stroke hemorogik | |
| | ↓ | |
| | Kerusakan neuromuscular | |
| | ↓ | |
| | Mobilitas menurun | |
| | ↓ | |
| | Aktivitas mandiri terganggu | |
| | ↓ | |
| | <u>Defisit perawatan diri</u> | |

| | | | |
|----|-----|--|--------------------------------------|
| 5. | Ds. | Pecahnya pembuluh darah perdarahan subarachoid | Gangguan komunikasi verbal (D.0119) |
| | Do. | <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Peningkatan tekanan intracranial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Vasopasme pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Stroke hemorogik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Disfungsi otak global</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kesadaran menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Distaria, afasia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan komunikasi verbal</p> | |

6. Diagnosa keperawatan

Diagnosa dibuat sesuai SDKI dengan acuan tanda mayor dan minor :

- 1) Resiko defisit Nutrisi b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun
- 2) Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular ditandai dengan defek trakea (D.0063)
- 3) Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot menurun, gerakan terbatas dan sendi kaku (D.0054)
- 4) Defisit perawatan diri b.d kerusakan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot lemah sktivitas dibantu, mobilisasi menurun (D.0109)
- 5) Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan musculoskeletal ditandai dengan bicara pelo, sulit berbicara, mulut tidak simetri saat berkomunikasi bahasanya tidak bias dipahami (D.0119)

7. Intervensi keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi keperawatan

| No | Diagnosa | Standar luaran | Intervensi |
|----|--|---|---|
| 1. | Resiko defisit Nutrisi b.d kurangnya asupan makanan ditandai dengan bb menurun | Status nutrisi L.03030 Membaik (SLKI,2018) | Manajemen nutrisi (I.03119) Tindakan <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi jenis nutrisi dan kebutuhan kalori 4. Monitor asupan makan <i>Terapeutik :</i> 1. Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai |

-
3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 4. Berikan suplemen makanan, jika perlu.

Edukasi :

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
2. Ajarkan diet yang diprogram

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

| | | | |
|----|--|--|--|
| 2. | Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular ditandai dengan defek trakea | Status nutrisi L.06053 Membaik (SLKI, 2018) | Pencegahan aspirasi (I.01018) Tindakan <i>Observasi :</i> 1.monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 2.monitor tingkat kesadaran,batuk,muntah dan kemampuan Menelan <i>Terapeutik :</i> 1.berikan makananan dengan ukuran kecil atau lunak 2.anjurkan makan secara perlahan |
|----|--|--|--|

| | | | |
|----|---|---|---|
| 5. | Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, sendikaku | Mobilitas fisik L.05042 Meningkatkan (LSKI, 2018) | Dukungan mobilisasi (I. 05173) Tindakan <i>Observasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <i>Terapeutik :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi :</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) |
|----|---|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| 6. Defisit perawatan diri b.d kerusakan neuromuscular ditandai dengan kekuatan otot lemah sktivitas dibantu, mobilisasi menurun | Perawatan diri L.11103 Meningkatkan (LSKI, 2018) | <p>Dukungan perawatan diri I.11348</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatandiri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Fasilitas untuk menerima keadaan ketergantun 4. Fasilitas kemandirian, bantu jikaa tidak mampu melakukan perawatan diri 5. jadwalkan rutinitas perawatan diri <p><i>Edukasi :</i></p> <p>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> |
| 7. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan musculoskeletal ditandai dengan bicara pelo, sulit berbicara, mulut tidak simestri saat | Komunikasi verbal L.13118 Meningkatkan (LSKI, 2018) | <p>Promosi komunikasi defisit bicara I.13492</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan,tekanan,kuantitatif,volume,dan diksi bicara |

berkomunikasi
bahasanya tidak
bias dipahami

Teraupetik

1. ulangi apa yang disampaikan pasien
2. berikan dukungan psikologis

Edukasi

1. anjurkan bicara perlahan

Kalaborasi

1. rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
-

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus

Rancangan penelitian studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah pasca stroke hemoragik dengan metode deskriptif.

B. Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 responden pasca stroke hemoragik pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan kriteria Inklusi dan Eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Terdeksi Resiko defisit nutrisi karena adanya tanda dan gejala
IMT pasien 18,97 mukosa bibir pucat
- 2) Tidak mengalami Resiko defisit nutrisi

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Responden selama intervensi tiba-tiba menolak untuk dilakukan asuhan keperawatan
- 2) Responden tidak kooperatif

C. Definisi Operasional

1. Stroke hemoragik adalah kelumpuhan pada seseorang akibat pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan kelumpuhan dibagian tubuhnya sehingga ketidak mampuan untuk berjalan dan juga kesulitan untuk makan dikarenakan otot wajah yang melemah kesulitan untuk mengunyah.
2. Kebutuhan nutrisi pada pasien pasca stroke hemoragik pemberian edukasi dan mengatur pola makan sehat jadwalnya makan, jenis makanan, dan porsi makanan yang harus di makan

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

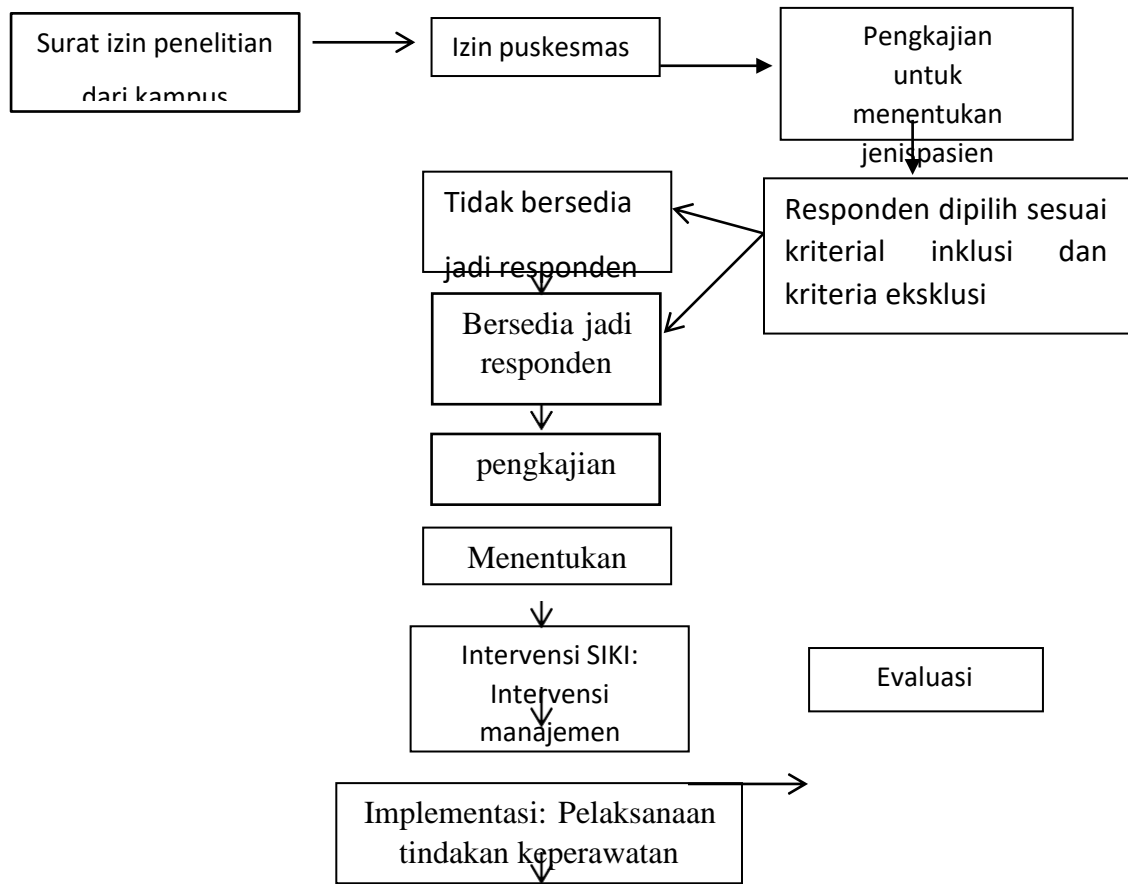
penelitian yang dilakukan wilayah kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu

2. Waktu

Penelitian dilakuan selama 2 minggu tanggal 8 juli 28 juli

E. Tahapan Penelitian

Bagan 3.1 Tahapan Penelitian



F. Teknik dan Instrument pengumpulan data

1. Tehnik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada keluarga dan pasien dengan mengisi format pengkajian yang mana akan di dapatkan data responden meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, faktor predisposisi, psikososial, dan format pengkajian.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

observasi Mengamati perubahan fisik dan psikologis responden dengan memperhatikan tanda tanda vital serta diagnosa medis

c. Studi dokumentasi

Hasil dokumentasi dari puskesmas dilihat hasil laboratorium

2. Instrumen dalam pengumpulan data menggunakan

a. Format pengkajian keperawatan untuk mendapatkan data pasien

b. Lembar observasi untuk mendokumentasikan respon fisik dan psikologis pasien

c. Nursing kit digunakan untuk mengukur vital sign

G. Analisa data

Analisa data dilakukan dilapangan sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan. Dalam opini pembahasan teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari peneliti yang diperoleh dari hasilinterpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Penelitian menggunakan teknik analisis dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya, di interpretasikan dan di bandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

H. Etika Penelitian

Etika penelitian yaitu suatu ukuran dari tingkah laku dan perbuatan yang harus dilakukan/ diikuti oleh seorang peneliti dalam memperoleh data penelitiannya yang disesuaikan dengan adat istiadat masyarakat tempat penelitian. Hal yang harus peneliti penuhi dalam etika penelitian yaitu:

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Responden telah menyetujui informed consent sebelum dilakukan intervens

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga identitas responden penulis tidak mencantumkan nama responden melainkan hanya inisial nama, kode nomor atau kode tertentu pada lembar pengumpulan data (format pengkajian, lembar observasi) yang akan diisi oleh peneliti sehingga identitas responden tidak diketahui oleh public.

3. *Confidential* (kerahasiaan)

Penulis tidak akan menyebarkan informasi yang diberikan oleh responden dan kerahasiaanya akan dijamin oleh peneliti. Hanya peneliti dan responden yang tahu apa yang akan di teliti, semua data yang diberikan oleh responden akan dijaga kerahasiaannya.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Jalannya Penelitian

a. Persiapan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengurus perizinan penelitian di kantor bangsa dan politik kota Bengkulu (KESBANGPOL). Setelah itu membuat izin rekomendasi penelitian ke Dinas Kesehatan kota Bengkulu, setelah itu mengajukan surat izin penelitian di antar ke puskesmas muara bangkahulu.. Kemudian peneliti menyiapkan alat dan bahan satu hari sebelum penelitian. Alat yang di siapkan yaitu nursing kit, hanscoon, dan leaflet. Peneliti juga menyiapkan lembar inform consent, lembar observasi, format pengkajian, Setelah alat dan bahan sudah siap, pada tanggal 8 juli-28 juli 2022 peneliti membawa alat dan bahan tersebut, untuk melakukan penelitian dengan kasus “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Pasca Stroke Hemorogik

- b. Pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 8 juli-28 juli 2022 dimulai dari menentukan pasien yang dijadikan responden berdasarkan dengan kriteria inklusi. Setelah peneliti menemukan pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi, peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang mekanisme penelitian yang akan dilakukan dan meminta persetujuan dengan lembar informed consent. Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, peneliti mulai melakukan merencanakan jadwal pertemuan selanjutnya untuk melakukan pengkajian untuk menentukan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian diambil diwilayah kerja puskesmas Muara Bangkahulu dengan keadaan geografis bersih, aman dan nyaman lingkungan sedikit gersang karena letak yang dipinggir jalan lintas langsung, adapun prasarana yang disediakan yaitu tempat berobat, igd, poli, kegiatan khusus seperti senam, mengecek kesehatan, dan pengkajian setiap satu minggu sekali,

Puskesmas Muara Bangkahulu ini sering dijadikan tempat mahasiswa kesehatan melakukan penelitian karena terdapat banyak kasus- kasus lansia seperti stroke.

3. Hasil Studi Kasus

a. Pengkajian

1) Anamnesa

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien Stroke Hemorogik
Responden 1 dan 2

| Anamnesa | Hasil Responden 1 | Hasil Responden 2 |
|---------------------------|--|--|
| Identitas | Ny. Z berusia 41 th seorang ibu rumah tangga berpendidikan tamat SMA tinggal di Jln. Bandar Raya. Rawa Makmur rt.011 rw.003 telah menikah, beragama islam dan di diagnosa terkena penyakit stroke hemorogik | Ny. Y 57 th seorang ibu rumah tangga berpendidikan tamat SMP tinggal di Jln.Medan baru rt.021 rw.003 Kel. Kandan limun telah menikah, beragama islam dan di diagnosa terkena penyakit stroke hemorogik |
| Keluhan utama | Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan secara normal | Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kanan dan kaki kanan sulit untuk digerakan secara normal |
| Riwayat penyakit sekarang | Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kiri meliputi tangan dan kaki sulit digerakan membutuhkan bantuan tongkat untuk bergerak, secara normal pasien mengatakan juga kurang nafsu makan berkurang, merasa cepat kenyang | Pasien mengatakan anggota tubuh bagian kanan meliputi tangan dan kaki sulit digerakan, secara normal pasien mengatakan juga kurang bernafsu makan berkurang, merasa cepat kenyang |
| Riwayat penyakit dahulu | Pasien mengatakan pernah dirawat dirumah sakit setelah terkena | Pasien mengatakan pernah dirawat dirumah sakit setelah |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | stroke pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular tetapi sudah \pm 3 tahun di diagnosa menderita penyakit stroke hemorogik pasien tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan dan tidak pernah melakukan operasi | terkena stroke pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular tetapi sudah \pm 2 tahun di diagnosa menderita penyakit stroke hemorogik pasien tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan dan tidak pernah melakukan operasi |
| Riwayat penyakit keluarga | Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi atau yang lainnya | Pasien mengatakan ada anggota keluarga pasien yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi atau yang lainnya |
| Riwayat psikologi | Pasien mengatakan sakit yang di deritanya ialah penyakit yang diberikan Allah SWT untuk dirinya sebagai bentuk ujian yang diberikan untuk menguji keimannya dan agar senantiasa lebih bersyukur atas apa yang telah diberikannya, eksperesi pasien sedikit murung ketika ditanya mengenai penyakit yang dideritanya, pasien sangat kooperatif ketika diajak berinteraksi, pasien tidak mengalami gangguan konsep diri | Pasien mengatakan sakit yang di deritanya ialah penyakit yang diberikan Allah SWT untuk dirinya sebagai cobaan untuk menguji keimannya dan agar keluarga pasien lebih kuat, eksperesi pasien sedikit murung ketika ditanya mengenai penyakit yang dideritanya, pasien sangat kooperatif ketika diajak berinteraksi, pasien tidak mengalami gangguan konsep diri |
| Riwayat spiritual | Pasien mengatakan kalau penyakitnya sebagai teguran dan hanya bisa bersabar. Kondisi pasien sekarang tidak mempengaruhi pasien untuk tetap beribadah, pasien masih | Pasien terlihat bersemangat ingin sembuh. Kondisi pasien sekarang tidak mempengaruhi pasien dalam melakukan ibadah, pasien sering |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | menjalani sholat 5 waktu baik sebelum sakit ataupun pada saat sakit selain itu pasien sering ikut acara pengajian | beribadah baik itu sebelum sakit atau pada saat sakit |
| Perilaku yang mempengaruhi kesehatan | Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alcohol, tidak merokok, tidak berolahraga dan mengkonsumsi obat oral yaitu amlodipin sebanyak 2 kali sehari sesudah makan tidak rutin | Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alcohol, tidak merokok, tidak berolahraga dan mengkonsumsi obat oral yaitu amlodipin sebanyak 2 kali sehari sesudah makan tidak rutin |

4. Pola Aktifitas Sehari-hari

Tabel 4.2 Hasil Aktifitas Sehari-hari Pasien Stroke Hemorogik Responden 1 dan 2

| No. | Pola Sehari-hari | Responden 1 | | Responden 2 | |
|-----|------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------|
| | | Sebelum sakit | Selama sakit | Sebelum sakit | Selama sakit |
| 1. | Pola nutrisi | | | | |
| | Makan: | | | | |
| | a. Jenis | a. Nasi dan sayur | a. nasi dan sayur | a. Nasi dan sayur | a. nasi dan sayur |
| | b. Jumlah | b. habis 1 porsi | b. habis ¼ porsi | b. habis 1 porsi | b. habis ¼ porsi |
| | c. Waktu | c. 3 kali sehari | c. 2 kali sehari | c. 3 kali sehari | c. 2 kali sehari |
| 2 | Minum | | | | |
| | a. Jenis | a. Air putih dan teh manis | a. Air putih | a. Air putih dan kopi | a. Air putih |
| | b. Jumlah | b. 1-2 liter dan 2x sehari minum | b. 2 liter | b. 1-2 liter dan 2x sehari minum | b. ± 1 liter sehari |
| 3 | BAB | | | | a.2x/ hari |
| | a. Frekuensi | a. 2x/ hari | a. 1x/ hari | a. 3x/ hari | b.Lembek |
| | b. Konsentrasi | b. Lembek | b. lembek | b. Lembek | |
| | BAK | | | | |
| | a. Frekuensi | a. 3x/ hari | a. 3x/ hari | a. 3x/ hari | a. 3x/ hari |
| | b. Konsentrasi | b. cair | b. cair | b. cair | b. cair |
| 4 | Jumlah jam tidur | | | | |
| | a. Siang | a. ± 3 jam | a. ± 4 jam | a. ± 2 jam | a. ± 3 jam |
| | b. Malam | b. ± 7 jam | b. ± 6 jam | b. ± 8 jam | b. ± 7 jam |
| 5 | Personal hygen | | | | |
| | a. Mandi | a. 2 kali/sehari | a. 2 kali/hari | a. 2 kali/sehari | a. 2 kali/hari |
| | b. Gosok gigi | b. 2 kali | b. 2 kali | b. 2 kali | b. 2 kali |
| | c. Kuku | c. Bersih | c. rapi | c. Bersih | c. Rapi |
| | d. Rambut | d. Rapi | d. rapi | d. Rapi | d. rapi |
| | e. Pakaian | e. Rapi | e. rapi | e. Rapi | e. rapi |
| | f. Tempat tidur | f. Rapi | f. Rapi | f. Rapi | f. Rapi |
| | g. Aktivitas | g. Mandiri | g. Mandiri | g. Mandiri | g. Mandiri |

5. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien Stroke Hemorogik Responden 1 dan 2

| No. | Observasi | Hasil observasi | |
|-----|-----------------------------------|--|--|
| | | Responden 1 | Responden 2 |
| 1. | Keadaan umum Tanda-tanda vital | Kesadaran compos mentis Tanda-tanda vital: Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,5 ⁰ C BB sebelum sakit: 58kg BB saat sakit: 45 kg | Kesadaran compos mentis Tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,8 ⁰ C BB sebelum sakit: 60 kg BB saat sakit: 55kg |
| 2. | Sistem pernapasan | Pernapasan dengan spontan tanpa sumbatan dan bantuan alat pernapasan tidak ada bentuk, pola nafas tidak teratur, mukosa bibir kering, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, nafas cuping hidung tidak ada dan tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema. daerah semua lapang paru tidak terdapat bunyi Hipersonor, terdengar bunyi seperti bunyi angin(vesikuler) di setiap lapang paru pada saat inspirasi dan ekspirasi frekuensi nafas 24x/menit normal | Pernapasan dengan spontan tanpa sumbatan dan bantuan alat pernapasan tidak ada bentuk, pola nafas tidak teratur, mukosa bibir kering, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, nafas cuping hidung tidak ada dan tidak ada penggunaan otot bantu napas, dan tidak ada edema. daerah semua lapang paru tidak terdapat bunyi Hipersonor, terdengar bunyi seperti bunyi angina (vesikuler) di setiap lapang paru pada saat inspirasi dan ekspirasi frekuensi nafas 22x/menit normal |
| 3. | Sistem kardiovaskular | Tidak ada kelainan jantung, tidak terdapat benjolan pada area a, denyut jantung normal, bunyi | Tidak ada kelainan jantung, tidak terdapat benjolan pada area dada, denyut jantung |

| | | |
|--|--|--|
| | jantung terdengar redup, terdengar bunyi suara jantung normal, tidak ada suara bunyi jantung tambahan tekanan darah 140/90 mmHg | normal, bunyi jantung terdengar redup, terdengar bunyi suara jantung normal, tidak ada suara bunyi jantung tambahan tekanan darah 180/100 mmHg |
| 4. Sistem persyarafan (Hasil pengkajian 12 nervus) | <p>a. Nervus olfaktorik: tidak ada gangguan, penciuman pasien baik</p> <p>b. Nervus optikus: ketajaman penglihatan klien kabur, kadang pandangan tidak jelas</p> <p>c. Nervus okulomotor: respon pupil pasien terhadap cahaya normal</p> <p>d. Nervus troklear: bola mata pasien bergerak simetris</p> <p>e. Nervus abduksen: tidak ada nistagmus pada pasien</p> <p>f. Nervus trigeminal: pasien tampak bisa membedakan sentuhan halus dan nyeri, reflek kornea normal, reflek rahang normal</p> <p>g. Nervus fasialis: pasien dapat mengangkat alis dan mengerutkan dahinya, saat mengembungkan pipinya, pipinya tampak simetris</p> <p>h. Nervus vestibulokoklear: pasien dapat mendengar dengan baik</p> | <p>a. Nervus olfaktorik: tidak ada gangguan, penciuman pasien baik</p> <p>b. Nervus optikus: ketajaman penglihatan klien kabur, kadang pandangan tidak jelas</p> <p>c. Nervus okulomotor: respon pupil pasien terhadap cahaya normal</p> <p>d. Nervus troklear: bola mata pasien bergerak simetris</p> <p>e. Nervus abduksen: tidak ada nistagmus pada pasien</p> <p>f. Nervus trigeminal: pasien tampak bisa membedakan sentuhan halus dan nyeri, reflek kornea normal, reflek rahang normal</p> <p>g. Nervus fasialis: pasien dapat mengangkat alis dan mengerutkan dahinya, saat mengembungkan pipinya, pipinya tampak simetris</p> <p>h. Nervus vestibulokoklear: pasien dapat mendengar dengan baik</p> |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| | | <p>i. Nervus vagus: pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan menelan</p> <p>j. Nervus assesori: pasien sulit menggerakkan tangan sebelah kanan dan kaki kiri</p> <p>k. Nervus hipoglosos: pasien dapat menggerakkan lidah dari sisi ke sisi lainnya</p> | <p>i. Nervus vagus: pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan menelan</p> <p>j. Nervus assesori: pasien sulit menggerakkan tangan sebelah kiri dan kaki kiri</p> <p>k. Nervus hipoglosos: pasien dapat menggerakkan lidah dari sisi ke sisi lainnya</p> | | | | | | | | |
| 5 | Sistem perkemihan | Pasien berkemih dengan spontan, frekuensi BAK \pm 3 kali sehari konsistensi cair berwarna kuning bening dengan bau yang khas | Pasien berkemih dengan spontan, frekuensi BAK \pm 3 kali sehari konsistensi cair berwarna kuning bening dengan bau yang khas | | | | | | | | |
| 6 | Sistem pencernaan | Pasien cepat merasa kenyang mukosa bibir pucat, tidak ada stotiatitis pada rongga mulut, tidak ada asietas | Pasien cepat merasa kenyang mukosa bibir pucat, tidak ada stotiatitis pada rongga mulut, tidak ada asietas | | | | | | | | |
| 7 | Sistem pendengaran | Bentuk dan posisi simetris kiri kanan, integritas kulit bagus, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada nyeri tekan | Bentuk dan posisi simetris kiri kanan, integritas kulit bagus, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada nyeri tekan | | | | | | | | |
| 8 | Sistem muskuloskeletal dan integumen | <p>Pada ekstermitas atas dan bawah, Pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah sulit melakukan aktifitas normal</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">333</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">333</td> <td>555</td> </tr> </table> | 333 | 555 | 333 | 555 | <p>Pada ekstermitas atas dan bawah, Pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah sulit melakukan aktifitas normal</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">555</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">555</td> <td>333</td> </tr> </table> | 555 | 333 | 555 | 333 |
| 333 | 555 | | | | | | | | | | |
| 333 | 555 | | | | | | | | | | |
| 555 | 333 | | | | | | | | | | |
| 555 | 333 | | | | | | | | | | |

6. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik Responden 1 dan 2

| no. | Jenis pemeriksaan | hasil pemeriksaan diagnostik | |
|-----|-------------------|--|--|
| | | responden 1 3 tahun lalu | responden 2 |
| 1 | CT Scan | terdapat sumbatan pada pembuluh darah di otak (3 tahun lalu) | terdapat sumbatan pada pembuluh darah di otak (2 tahun lalu) |
| 2. | GDS | 104 Mg/dL. normal 90- <126 Mg/dL Bulan juli tanggal 12-07-2022 | 117 Mg/dL. normal 90- <126 Mg/dL Bulan tanggal agustus 05-09- 2022 |

7. Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.5 Penatalaksanaan Terapi Pasien Stroke Hemorogik

Responden 1 dan 2

| No | Nama obat | Cara pemberian | Kegunaan | Dosis | Waktu |
|--------------------|------------|----------------|--|-------|------------|
| Responden 1 | | | | | |
| 1 | Amlo dipin | Peroral | Amlodipin berfungsi untuk menurunkan tekanan darah | 5mg | 2x1 sehari |
| Responden 2 | | | | | |
| 1 | Amlo dipin | Peroral | Amlodipin berfungsi untuk menurunkan tekanan darah | 5mg | 2x1 sehari |

a. Analisa data

Tabel 4.6 Analisa Keperawatan Pasien Stroke Hemorogik

Responden 1 dan 2

| No | Data | Etiologi | Masalah keperawatan |
|--------------------|---|--|------------------------|
| Responden 1 | | | |
| 1 | Data subjektif: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda Data objektif: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat TTV: | Nafsu makan menurun ↓ Kurangnya asupan makanan ↓ Berat badan menurun dibawah | Resiko defisit nutrisi |

| | | | |
|--------------------|--|---|--------------------------|
| | <p>Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 24 x/menit kongjuntiva anemis BB:45 TB:154 IMT pasien (45:(1,54x1,54)=18,97</p> | <p>rentang ideal ↓ Resiko defisit nutrisi</p> | |
| 2 | | | Gangguan mobilitas fisik |
| Responden 2 | | | |
| 1 | <p>Data subjektif: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda Data objektif: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjuntiva anemis TTV: Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 24 x/menit BB:50 TB:160 IMT pasien (50:(1,60x1,60)=19,53</p> | <p>Nafsu makan menurun ↓ Kurang nya asupan makanan ↓ Berat badan menurun dibawah rentang ideal ↓ Resiko defisit nutrisi</p> | Resiko defisit nutrisi |
| 2 | <p>Data subjektif: Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk</p> | <p>Penurunan motoric muskuloskeletal</p> | Gangguan mobilitas fisik |

digerakan secara normal

Data objektif:

1. Aktivitas pasien dibantu sebagian oleh keluarga
2. Pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah
3. Sulit melakukan aktifitas normal
4. Kekuatan otot

| | |
|---|---|
| 5 | 3 |
| 5 | 3 |
| 5 | 3 |
| 5 | 3 |
| 5 | 3 |
| 5 | 3 |

↓
Kelemahan pada anggota gerak

↓
Hemiparase /plegi kanan dan kiri

↓
Mobilitas fisik

Didapatkan setelah pengukuran kekuatan otot bernilai skala 3 dikarenakan pasien bisa mengangkat tangan tetapi tidak bisa lama

b. Diagnosa Keperawatan

Responden 1

- 1) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan sulit mengerjakan ekstremitas, gerakan terbatas

Responden 2

- 1) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan sulit mengerjakan ekstremitas, gerakan terbatas

c. Intervensi keperawatan

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan Pasien Stroke Hemorogik Responden 1

| No | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan |
|--------------------|---|--|--|
| Responden 1 | | | |
| 1 | Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun | Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L.03030): 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang tepat meningkat 4. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 5. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 6. Sikap terhadap makanan atau minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 7. Perasaan cepat kenyang menurun 8. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 9. Frekuensi makan membaik 10. Nafsu makan membaik | Intervensi utama: manajemen nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan Teraupetik: 1. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi: 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan |

| | | 11. Membrane mukosa membaik |
|---|---|---|
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan sulit mengerjakan ekstremitas, gerakan terbatas | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (meningkat) 2. Kekuatan otot (sedang) 3. Rentang gerak ROM (cukup menurun) 4. Nyeri (sedang) 5. Kecemasan (menurun) 6. Kaku sendi (menurun) 7. Gerakan tidak terkoordinasi (menurun) 8. Gerakan terbatas (menurun) 9. Kelemahan fisik (menurun) <p>Intervensi utama: perawatan Observasi: Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisikalainya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan |

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien Stroke Hemorogik responden 2

| No | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan |
|--------------------|--|---|--|
| Responden 2 | | | |
| 1. | Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun | Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L.03030): 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang tepat meningkat 4. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 5. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 6. Sikap terhadap makanan atau minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 7. Perasaan cepat kenyang menurun 8. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 9. Frekuensi makan membaik 10. Nafsu makan membaik 11. Membrane mukosa membaik | Intervensi utama: manajemen nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan Teraupetik: 1. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi: 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot | Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042): | Intervensi utama: perawatan Observasi: Dukungan mobilisasi (I.05173) |

| | | |
|---|---|---|
| ditandai dengan sulit mengerjakan ekstremitas, gerakan terbatas (| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (meningkat) 2. Kekuatan otot (sedang) 3. Rentang gerak ROM (cukup menurun) 4. Nyeri (sedang) 5. Kecemasan (menurun) 6. Kaku sendi (menurun) 7. Gerakan tidak terkoordinasi (menurun) 8. Gerakan terbatas (menurun) 9. Kelemahan fisik (menurun) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisiknya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan |
|---|---|---|

d. Implementasi keperawatan

Tabel 4.9 Pelaksanaan Keperawatan Pasien Stroke Hemorogik Responden 1

| Dignosa keperawatan | Waktu pelaksanaan | Implementasi | Respon hasil | Evaluasi formatif |
|--|--------------------------------------|--|---|---|
| Responden 1 | | | | |
| Dx. 1 Resiko nutrisi berhubungan dengan kurangnya supan makanan ditandai dengan BB menurun | jumat 8 juli 2022 09:00-09.30 wib | a. Implementasi utama: manajemen nutrisi 1. Mengukur tekanan darah,nadi,pernafasan dan suhu 2. menganjurkan pasien sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 3. Monitor asupan makanan yang disukai dan tidak disukai 4. Monitor berat badan 5. Memberikan edukasi kebutuhan nutrisi dan memberi jadwal makanan pada pasien | a. Respon hasil: manajemen nutrisi 1. TTV: Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 3. Pasien menyukai segala makanan dan tidak ada elergi makanan tetapi pasien tidak membatasi makanan yang mengandung banyak garam 4. Setelah memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan pasien 45 kg 5. Pasien tampak mengerti setelah dijelaskan kebutuhan | S: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 24 x/menit 36,6 ⁰ C BB: 45 TB: 154 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi utama dan intervensi pendukung dilanjutkan I: implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memberikan edukasi kebutuhan nutrisi, dan memberi jadwal makanan E: Defisit nutrisi R: Intervensi mengidentifikasi makanan yang disukai dihentikan |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| | | | | nutrisi yang boleh di konsumsi dan tidak boleh dan pasien mengikuti saran dan melaksanakan saran yang diberikan | | | | | | | | |
| Dx. 2 Gangguan mobilitas berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas gerakan terbatas | jumat 8 juli 2022 fisik 15.00-15.30 wib | Implementasi utama:dukungan mobilisasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 2. Mengajari ROM (Range of Motion) yang sederhana 3. Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan 4. Mengukur kekuatan otot | a. Respon hasil : gangguan mobilisasi 1. Pasien mengeluh sulit mengerakan tangan dan kakinya apabila melakukan pergerakan 2. Pasien mau melakukan mobilisasi 3. Pasien tampak sedang memahami gerakan yang diajari 4. Kekuatan otot pasien | S:Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan secara normal O: 1. Aktivitas pasien dibantu sebagian oleh keluarga 2. Pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah 3. Sulit melakukan aktivitas normal 4. Kekuatan otot | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>333</td> <td>555</td> </tr> <tr> <td>333</td> <td>555</td> </tr> </table> | 333 | 555 | 333 | 555 | <table border="1"> <tr> <td>333</td> <td>555</td> </tr> <tr> <td>333</td> <td>555</td> </tr> </table> | 333 | 555 | 333 | 555 |
| 333 | 555 | | | | | | | | | | | |
| 333 | 555 | | | | | | | | | | | |
| 333 | 555 | | | | | | | | | | | |
| 333 | 555 | | | | | | | | | | | |
| | | | | <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik dan Mengajari ROM (Range of Motion) yang sederhana Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan</p> | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | E: Gangguan mobilitas fisik R: intervensi tetap dilanjutkan |
| Dx. I Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun | sabtu 9 juli 2022 09:00-09:30 WIB | 1. Mengukur tekanan darah,nadi,pernafasan dan suhu 2. Menganjurkan pasien sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 3. Meriview kembali penjelasan yang diberikan pada hari sebelumnya | 1. TTV: Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 3. Pasien mengatakan sudah mulai mengerti tentang penjelasan yang di berikan | S: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit BB:45 TB:154 A: Masalah belum teratasi P: Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memberikan edukasi kebutuhan nutrisi, dan memberi jadwal makanan I:Implementasi yang dilakukan memonitor tanda-tanda vital,sajikan makanan yang menarik,dengan suhu yang sesuai meriview kembali penjelasan yang diberikan pada hari sebelumnya E:defisit nutrisi belum teratasi R: Tidak ada perubahan intervensi | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <p>Dx. 2 Gangguan mobilitas fisik berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas</p> | <p>Sabtu 9 juli 2022 15:00-15:30 WIB</p> | <p>1. Membimbing pasien melakukan ROM (Range of Motion) 2. Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan</p> | <p>1. Pasien mengatakan sudah lebih mengerti cara melakukan ROM (Range of Motion) sendiri dibandingkan hari sebelumnya 2. Pasien sudah melakukan ROM (Range of Motion) 30 menit</p> | <p>S:Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan secara normal O: 1. Aktivitas pasien dibantu sebagian oleh keluarga 2. Pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah 3. Sulit melakukan aktivitas normal A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I:Implementasi yang dilakukan Membimbing pasien melakukan ROM (Range of Motion) yang sederhana, memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E: Gangguan mobilitas fisik R: intervensi tetap dilanjutkan</p> |
| <p>Dx. 1 Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan</p> | <p>Minggu 10 juli 2022 09:00_09:30 WIB</p> | <p>1. Mengukur tekanan darah, pernafasan,nadi, suhu 2. Memonitor asupan makan 3. Menyarankan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai</p> | <p>1. TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6⁰C 2. Pasien menyukai segala makanan dan tidak ada elergi</p> | <p>S: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 22 x/menit BB:45</p> |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|---|
| ditandai dengan BB menurun | | | makanan pasien sudah membatasi makanan yang mengandung banyak garam | TB:154 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital memonitor memonitor asupan makanan, menyarankan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai, memonitor berat badan |
| Dx .2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan ekstremitas | minggu 10 juli 2022 15:00-15:30 WIB | 1. Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2. Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 3. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 1. Pasien mengatakan sudah mengerti dibanding 2 hari sebelumnya 2. Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | E: defisit nutrisi R: defisit nutrisi intervensi dilanjut S: pasien mengatakan mengeluh sulit mengerjakan tangan sebelah kiri tetapi kakinya sebelah kiri ada kemajuan dari hari kemarin O: Aktifitas pasien tampak sebagian masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan I: implementasi dilakukan mendampingi melakukan mobilisasi dan memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E: gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi R: gangguan mobilitas fisik dilanjutkan |
| Dx. 1 | Minggu 11 juli 2022 | 1. mengukur tekanan darah | 1. TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 | S: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun | 09:00-9:30 WIB | pernafasan,nadi, suhu 2. Memonitor asupan makan 3. Menyarankan Sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4. Memonitor berat badan | x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2. Untuk mengetahui nafsu makann pasien sudah kembali normal 3. Supayah nafsu makan pasien kembali normal 4. Menimbang berat bedan | makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 22 x/menit suhu 36,6 ⁰ C BB:45 TB:154 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital Memonitor asupan makan Menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai E: defisit nutrisi R: Intervensi dilanjutkan |
| Dx. 2 Gangguan mobilitas berhubungan dengan penurunan kekuatan ditandai dengan memgerakan eksremitas | senin 11 juli 2022 fisik 15:00-15:30 WIB otot sulit | 1. Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2. Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1. pasien mngatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa melakukan ROM (Range of Motion) Secara mandiri 2. pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | S: pasien mengatkan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kiri dan kaki sebelah kiri tetapi ada kemajuan sedikit dari hari sebelumnya O: Aktifitas pasien pasien tampak sebagaian masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A: intervensi dilanjutkan P: Intervensi sebagian teratasi pasien I:implementasi Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Dx.1 Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan ditandai dengan BB menurun | Selasa 12 juli 2022 09:00-09:30 WIB | 1.Mengukur tekanan darah, pernafsan, nadi, suhu 2.Memonitor asupan makan 3.menyarankan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4.Memonitor berat badan | 1.TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2.Untuk mengetahui nafsu makan pasien sudah kembali normal 3. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 4.menimbang berat badan | Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan E:gangun mobilitas fisik R:intervensi dilanjutkan S:Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 22 x/menit suhu 36,6 ⁰ C BB:45 TB:154 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan I:Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital memonitor asupan makan menyarankan sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai |
| Dx. 2 Gangguan mobilitasfisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit | Selasa 12 juli 2022 15:00-15:30 | 1. Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2. Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1. pasien mngatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa melakukan ROM Secara mandiri | Memonitor berat badan E: defisit nutrisi R: Intervensi dilanjutkan S:pasien mengatkan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kiri tetapi kakinya sebelah kiri ada kemajuan dari hari kemaren |

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|
| memgerakan eksremitas | | 2. Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | O: Aktifitas pasien tampak sebagai masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A: masalah sebagai teratasi P: intervensi dilanjutkan I: implementasi dilakukan mendampingi melakukan mobilisasi dan memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E: gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi R: gangguan mobilitas fisik dilanjutkan | |
| Dx.1 Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun | Rabu 13 juli 2022 09:00-90:30 | 1. Mengukur tekanan darah, nadi pernafasan, suhu 2. Memonitor asupan makan 3. Sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4. Memonitor berat badan | 1. TTV: Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2. Untuk mengetahui nafsu makann pasien sudah kembali normal 3. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 4. menimbang berat badan | S: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit suhu 36,6 ⁰ C BB:46 TB:154 A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan I: Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital Memonitor asupan makan menyarankan sajikan |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|--|--|---|
| | | | | | | makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai Memonitor berat badan E: defisit nutrisi R: Intervensi dilanjutkan |
| Dx. 2 | | | | | | |
| Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas | Rabu 13 juli 2022 15:00-15:30 | 1.Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2.Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1.pasien mngatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa melakukan ROM (Range of Motion) Secara mandiri 2.Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | | | S:pasien mengatkan mengeluh sulit mengerjakan tangan sebelah kiri tetapi kakinya sebelah kiri ada kemajuan dari hari kemaren O: Aktifitas pasien tampak sebagaian masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A:masalah sebagai teratasi P:intervensi dilanjutkan I:implementasi dilakukan mendampingi melakukan mobilisasi dan memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E:gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi R:gangguan mobilitas fisik dilanjutkan |
| Dx.1 | | | | | | |
| Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai | Kamis 14 juli 2022 09:00-90:30 | 1.Mengukur tekanan darah,nadi,pernafasan, suhu 2.Memonitor asupan makan | 1. TTV: Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C | | | S:Pasien mengatakan lebih bisa mengontrol makanan agar tidak cepat kenyang setelah di beri jadwal makan nafsu makan sedikit demi sedikit sudah kembali normal O: 1. Pasien berat badan naik 1 kg |

| | | | | |
|-------------------|----|---|--|---|
| dengan menurun | BB | 3.Sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4.Memonitor berat badan | 2. Untuk mengetahui nafsu makan pasien kembali normal 3. Supayah nafsu makan pasien kembali normal 4. Setelah memonitor berat badan pasien didapatkan berat badan pasien bertambah 1 kg menjadi 46 | 2. Pasien tampak bugar A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan I: Implementasi yang dilakukan Mengukur tanda-tanda vital memonitor asupan makan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai memonitor berat badan E: defisit nutrisi sebagian teratasi R: Intervensi dihentikan |
|-------------------|----|---|--|---|

Dx. 2

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| Gangguan mobilitas berhubunga dengan penurunan kekuatan ditandai memgerakan eksremitas | Kamis 14 juli 2022 15:00-15:30 | 1.mengevaluasi dan melanjutkan mobiliasi secara ROM (Range of Motion) 2.mengukur kekuatan otot | 1.pasien mengatakan sudah mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demisedikit dan sudah bisa melakukan ROM (Range of Motion) Secara mandiri 2. Kekuatan otot | S: pasien mengatakan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kiri tetapi kakinya sebelah kiri ada kemajuan dari hari kemaren O: 1. Pasien tampak bisa melakukan ROM (Range of Motion) sendiri dan sudah bisa mengangkat tangan 2.kekuatan otot | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>444</td> <td>555</td> </tr> <tr> <td>444</td> <td>555</td> </tr> </table> | 444 | 555 | 444 | 555 | <table border="1"> <tr> <td>444</td> <td>555</td> </tr> <tr> <td>444</td> <td>555</td> </tr> </table> | 444 | 555 | 444 | 555 |
| 444 | 555 | | | | | | | | | | | |
| 444 | 555 | | | | | | | | | | | |
| 444 | 555 | | | | | | | | | | | |
| 444 | 555 | | | | | | | | | | | |
| | | | | A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan I: implementasi mengevaluasi dan melanjutkan tetap melakukan mobiliasi | | | | | | | | |

secara ROM (Range of Motion)
mengukur kekuatan otot
E:gangguan mobilitas fisik sebagian teratsi
R:intervensi dihentikan

Tabel 4.10 Pelaksanaan Keperawatan Pasien Stroke Hemorogik Responden 2

| Dignosa keperawatan | Waktu pelaksanaan | Implementasi | Respon hasil | Evaluasi formatif |
|---|---|---|---|---|
| Responden 1 | | | | |
| Dx. 1 Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya supan maknan ditandai dengan BB menurun | Jumat 15 juli 2022 09:00- 09.30 wib | a. Implementasi utama: manajemen nutrisi 1. Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu 2. Menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 3. Monitor asupan makanan yang disukai dan tidak disukai 4. Monitor berat badan 5. Memberikan edukasi kebutuhan nutrisi dan memberi jadwal makanan pada pasien | a. Respon hasil: manajemen nutrisi 1. TTV: Tekanan darah 180/90 mmHg, nadi 100 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 3. Pasien menyukai segala makanan dan tidak ada elergi makanan tetapi pasien tidak membatasi makanan yang mengandung banyak garam | hasil: S:Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 180/90 mmHg, nadi 100 x/menit, pernapasan 24 x/menit 36,6 ⁰ C BB:50 TB:160 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi utama dan intervensi pendukung dilanjutkan I: Implementasi yang dilakukan Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memberikan |

4. Setelah memonitor berat badan didapatkan hasil berat badan pasien 50kg
5. Pasien mengerti setelah dijelaskan kebutuhan nutrisi yang boleh di konsumsi dan tidak boleh dan pasien mengikuti saran dan melaksanakan saran yang diberikan
- edukasi kebutuhan nutrisi, dan memberi jadwal makanan
- E: Defisit nutrisi
- R: Intervensi mengidentifikasi makanan yang disukai dihentikan

| | | | | | |
|--|--------------------|-----------------|--|--|--|
| Dx. 2 | Jumat 15 juli 2022 | 15.00-15.30 wib | Implementasi utama:dukungan mobilisasi | b. Respon hasil : | S: S:Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan secara normal |
| Gangguan mobilitas berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas gerakan terbatas | | | 1.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik | 1.Pasien mengeluh sulit mengerakan tangan dan kakinya apabila melakukan pergerakan | O: |
| | | | 2.Mengajari ROM (Range of Motion) yang sederhana | 2.Pasien mau melakukan mobilisasi | 1. Aktivitas pasien dibantu sebagian oleh keluarga |
| | | | 3.Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan | 3.Pasien tampak sedang memahami gerakan yang diajari | 2. Pasien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah |
| | | | 4.mengukur kekuatan otot | 4.mengukur kekuatan otot | 3. Sulit melakukan aktivitas normal |
| | | | | | 4. Kekuatan otot |
| | | | | 555 333 | 555 333 |
| | | | | 555 333 | 555 333 |

A: Masalah belum teratasi

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | | | <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I: Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik dan mengajari ROM (Range of Motion) yang sederhana</p> <p>Memonitor kondisi umum pasien selama</p> <p>E: Gangguan mobilitas fisik</p> <p>R: intervensi tetap dilanjutkan</p> |
| <p>Dx. I</p> <p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun</p> | <p>Sabtu 16 juli 2022 09:00-09:30 WIB</p> | <p>1.mengukur tekanan darah, nadi,pernafasan dan suhu</p> <p>2.menyarinkan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai</p> <p>3.Meriview kembali penjelasan yang diberikan pada hari sebelumnya</p> | <p>1.TTV: Tekanan darah 180/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6⁰C</p> <p>2.Supaya nafsu makan pasien kembali normal</p> <p>3.Pasien mengatakan sudah mulai mengerti tentang penjelasan yang di berikan</p> | <p>S:Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda</p> <p>O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis</p> <p>TTV: Tekanan darah 145/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit suhu 36,6⁰C</p> <p>BB:50</p> <p>TB:160</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memberikan edukasi kebutuhan nutrisi, dan memberi jadwal makanan</p> <p>I:Implementasi yang dilakukan memonitor tanda-tanda vital,sajikan makanan yang menarik,dengan suhu</p> |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | | yang sesuai Meriview kembali penjelsasan yang diberikan pada hari sebelumnya E: defisit nutrisi belum teratasi R: Tidak ada perubahan intervens |
| Dx. 2 Gangguan mobilitas fisik berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremita | Sabtu 16 juli 2022 15:00-15:30 WIB | 1.Membimbing pasien melakukan ROM (Range of Motion) 2.Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan | 1.Pasien mengatkan sudah lebih mengerti cara melakukan ROM (Range of Motion) sendiri dibandingkan hari sebelumnya 2.Pasien sudah melakukan ROM (Range of Motion) 30 menit | S: Pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan secara normal pasien juga mengatakan terkadang sebagian aktifitas dibantu oleh keluarga O: Aktifitas pasien tampak sebagaian masih dibantu keluarga A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: Implementasi yang dilakukan Membimbing pasien melakukan ROM yang sederhana, Memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E: Gangguan mobilitas fisik R: intervensi tetap dilanjutkan |
| Dx. 1 Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya | Minggu 17 juli 2022 09:00_09:30 WIB | 1.Mengukur tekanan darah,pernafasan,nadi, suhu 2.Memonitor asupan makan 3.menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai | 1. .TTV: Tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2.Untuk mengetahui nafsu makan pasien sudah kembali normal 3.Supaya nafsu makan pasien kembali normal | S:Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| asupan makan ditandai dengan BB menurun | | | | | TTV: Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 110 x/menit, pernapasan 24 x/menit suhu 36,6 ⁰ C BB:50 TB:160 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I:Implementasi yang dilakukan mengukur tanda tanda vital memonitor asupan makanan,sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai,memonitor berat badan E: defisit nutrisi R: defisit nutrisi intrevensi dilanjutkan S:pasien mengatkan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kiri tetapi kakinya sebelah kiri ada kemajuan dari hari kemaren O: Aktifitas pasien tampak sebagian masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A:masalah belum teratasi P:intervensi dilanjutkan I:implementasi dilakukan mendampingi melakukan mobilisasi dan memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan |
| Dx .2 Gangguan mobilitas fisik berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas | Minggu 17 juli 2022 15:00- 15-30 WIB | 1.Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2.Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1.Pasien mengatakan sudah mengerti dibanding 2 hari sebelumnya 2.Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| | | | | | E: gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi R: gangguan mobilitas fisik dilanjutkan |
| Dx. 1 Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun | Senin 18 juli 2022 2022 09:00-9:30 WIB | 1. mengukur tekanan darah, pernafasan, nadi, suhu 2. Memonitor asupan makan 3. Sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4. Memonitor berat badan | 1. TTV: Tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6°C 2. Untuk mengetahui nafsu makan pasien sudah kembali normal 3. Supayah nafsu makan pasien kembali normal 4. Menimbang berat badan | S: Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit suhu 36,6°C BB: 50 TB: 160 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital memonitor asupan makan menyajikan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai E: defisit nutrisi R: Intervensi dilanjutkan | |
| Dx. 2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan | Senin 18 juli 2022 15:00-15:30 WIB | 1. Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2. Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1. pasien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa | S: pasien mengatakan mengeluh sulit mengerjakan tangan sebelah kanan dan kaki sebelah kanan tetapi ada kemajuan sedikit dari hari sebelumnya O: Aktifitas pasien tampak sebagian masih dibantu keluarga tapi | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas | | melakukan ROM Secara mandiri | ROM untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri |
| | | 2.Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | A: intervensi dilanjutkan P: Intervensi sebagian teratasi pasien I:implementasi Mendampingi melakukan ROM Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan E:gangun mobilitas fisik R:intervensi dilanjutkan |

Dx.1

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun | Selasa 19 juli 2022 09:00-09:30 WIB | 1.mengukur darah,nadi,pernafasan suhu 2.Memonitor asupan makan 3.menyarankan kan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4.Memonitor berat badan | 1.TTV: Tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2.Untuk mengetahui nafsu makann pasien sudah kembali normal 3.Supaya nafsu makan pasien kembali normal 4.menimbang berat bad | S: :Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit suhu 36,6 ⁰ C BB:50 TB:160 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I:Implementasi yang dilakukan Mengukur tanda-tanda vital memonitor asupan makan menyarankan pasien menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai |
|--|---|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | E: defisit nutrisi R: Intervensi dilanjutkan A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|--|--|
| Dx. 2 | | | | | |
| Gangguan mobilitas fisik berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas | Selasa 19juli 2022 15:00-15:30 | 1.Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2.Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1.pasien mngatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa melakukan ROM (Range of Motion) Secara mandiri 2.Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | S:pasien mengatkan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kanan tetapi kakinya sebelah kanan ada kemajuan dari hari kemaren O: Aktifitas pasien pasien tampak sebagaian masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A:masalah sebagai teratasi P:intervensi dilanjutkan I:implementasi dilakukan mendampingi melakukan mobilisasi dan memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E:gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi R:gangguan mobilitas fisik dilanjut | |

Dx.1

| | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|
| Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan ditandai dengan BB menurun | Rabu 20 juli 2022 09:00-90:30 | 1.mengukur tekanan darah,nadi,suhu, pernafasan 2.Memonitor asupan makan 3.Sajikan makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4.Memonitor berat badan | 1.TTV: Tekanan darah 150/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2.Untuk mengetahui nafsu makan pasien sudah kembali normal 3. Supaya nafsu makan pasien kembali normal 4.menimbang berat badan | S:Pasien mengatakan cepat kenyang setelah sakit dan kurang bernafsu makan setelah sakit bb sebelum sakit dan sesudah sakit berbeda O: Pasien tampak lemas, mukosa bibir pucat kongjung tiva anemis TTV: Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit BB:51 TB:160 A:Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan I:Implementasi yang dilakukan mengukur tanda-tanda vital memonitor asupan makan menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai memonitor berat badan E: defisit nutrisi R: Intervensi dilanjutkan |
|---|----------------------------------|---|--|---|

Dx. 2

| | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|
| Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremita | Rabu 20 juli 2022 15:00-15:30 | 1.Mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) 2.Memonitor kondisi Umum pasien selama melakukan gerakan | 1.pasien mngatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa melakukan ROM (Range of Motion) Secara mandiri | S:pasien mengatkan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kanan tetapi kakinya sebelah kanan ada kemajuan dari hari kemaren O: Aktifitas pasien pasien tampak sebagaian masih dibantu keluarga tapi untuk makan minum dan sikat gigi pasien bisa melakukan sendiri A:masalah sebagai teratasi |
|---|----------------------------------|---|--|---|

| | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|--|
| | | | 2.Pasien sudah melakukan mobilisasi 30 menit | P:intervensi dilanjutkan I:implementasi dilakukan mendampingi melakukan mobilisasi dan memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan E:ganguan mobilitas fisik sebagian teratasi R:ganguan mobilitas fisik dilanjutkan |
| Dx.1 | | | | |
| Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun | Kamis 21 juli 2022 09:00-90:30 | 1.mengukur tekanan darah,nadi,pernafasan, suhu 2.Memonitor asupan makan 3.menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai 4.Memonitor berat badan | 1.TTV: Tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6 ⁰ C 2. Untuk mengetahui nafsu makann pasien sudah kembali normal 3. Supayah nafsu makan pasien kembali normal 4. Setelah memonitor berat badan pasien didapatkan berat badan pasien bertambah 1 kg menjadi 51 | S: Pasien mengatakan lebih bisa mengontrol makanan agar tidak cepat kenyang setelah di beri jadwal makan nafsu makan sedikit demi sedikit sudah kembali normal O: 1. Pasien berat badan naik 1 kg 3. Pasien tampak bugar A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan I:Implementasi yang dilakukan Mengukur tanda-tanda vital memonitor asupan makan menyarankan sajian makanan yang menarik dan dengan suhu yang sesuai Memonitor berat badan E: defisit nutrisi sebagian teratasi R: Intervensi dihentikan |

Dx. 2

Gangguan mobilitas berhubunga dengan penurunan kekuatan ditandai sulit memgerakan eksremitas

Kamis 21 juli 2022
15:00-15:30

1.mengevaluasi dan melanjutkan mobiliasi secara ROM (Range of Motion)
2.mengukur kekuatan otot

1.pasien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan kiri dan kaki kirinya sedikit demi sedikit dan sudah bisa melakukan ROM (Range of Motion) Secara mandiri
2.Kekuatan otot

| | |
|-----|-----|
| 555 | 444 |
| 555 | 444 |

S: pasien mengatakan mengeluh sulit mengerakan tangan sebelah kanan tetapi kakinya sebelah kanan ada kemajuan dari hari kemaren

O: 1. Pasien tampak bisa melakukan ROM (Range of Motion) sendiri dan sudah bisa mengangkat tangan

2.kekuatan otot

| | |
|-----|-----|
| 555 | 444 |
| 555 | 444 |

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dihentikan

I: implementasi mengevaluasi dan melanjutkan tetap melakukan mobiliasi secara ROM (Range of Motion) mengukur kekuatan otot

E: gangguan mobilitas fisik sebagian teratsi

R:intervensi dihentikan

e. Evaluasi keperawatan

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke Hemorogik Responden 1 dan 2

| Diagnosa | Evaluasi Sumatif |
|--|--|
| Responden 1 | |
| Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun | Subjektif: Pasien mengatakan berat badan bertambah dan nafsu makan mulai membaik Objektif: 1. Pasien tampak sudah segar 2. Berat badan pasien mulai naik 3. Nafsu makan pasien mulai membaik 4. Berat badan pasien naik 1 kg Assessment: Masalah teratasi sebagian Planning: Intervensi dihentikan |
| Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan eksremitas | Subjektif: Pasien mengatakan ia sudah mulai bisa mengerakan sedikit demi sedikit tangan dan kaki kirinya Objektif: 1. Kekuatan otot 444 555 ----- ----- 444 555 2.kemajuan klien yang sudah mulai bisa melawan gravitasi tapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM dan juga membantu melakukan ROM (Range of Motion) pada pasien A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan |

Responden 2

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun

Subjektif: Pasien mengatakan berat badan bertambah nafsu makan sudah mulai membaik

Objektif:

1. Pasien tampak sudah segar
 2. Berat badan pasien mulai naik
 3. Nafsu makan pasien mulai membaik
 4. Berat badan pasien naik 1 kg
- A: Masalah teratasi sebagian
P: Intervensi dihentikan
-

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan ekstremitas

Subjektif: Pasien mengatakan ia sudah mulai bisa mengerakan sedikit demi sedikit tangan dan kaki kirinya

Objektif:

1. Kekuatan otot

| | |
|-----|-----|
| 555 | 444 |
| 555 | 444 |

2. Kemajuan klien yang sudah mulai bisa melawan gravitasi tapi belum bisa menahan. Keluarga tampak paham gerakan latihan ROM (Range of Motion) dan juga membantu melakukan ROM (Range of Motion) pada pasien

A : masalah teratasi

P : intervensi dihentikan

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 8 Juli 2022 pada responden I Ny. Z dengan usia 41 tahun dengan keluhan utama pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakan, nafsu makannya berkurang setelah sakit dan merasa cepat kenyang, terdapat system persyrafan yang terganggu yaitu Nervus assesori dikarenakan motorik melemah, hasil pengkajian tanda tanda vital tekanan darah 140/90 pernafasan 24x/menit nadi 90x/menit suhu 36,5 konjungtiva anemis mukosa bibir pucat. hasil pengkajian pada Responden II Ny. Y dengan usia 57 tahun dengan keluhan utama pasien pasien mengatakan badan terasa lelah, tangan kanan dan kaki kanan sulit digerakan, nafsu makannya berkurang setelah sakit dan merasa cepat kenyang, terdapat system persyrafan yang terganggu yaitu Nervus assesori dikarenakan motorik melemah, hasil pengkajian tanda tanda vital tekanan darah 180/100 pernafasan 22x/menit nadi 100x/menit suhu 36,8 konjungtiva anemis, mukosa bibir pucat.

2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian saat penelitian Ny. Z dan Ny Y di wilayah kerja puskesmas muara bangkahulu pada tanggal 8 juli- 28 juli 2022 ditemukan diagnosa sebagai berikut:

| Responden 1 | Responden 2 |
|---|---|
| 1).Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun | 1).Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun |
| 2).Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit menggerakkan eksremitas | 2).Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit menggerakkan eksremitas |

hasil penelitian ini di menunjukkan pada responden 1 diagnosa, responden 2 didapatkan 2 diagnosa keperawatan yang aktual sesuai teori keperawatan pada pasien dengan stroke hemorogik. Hal ini sesuai dengan diagnosa keperawatan SDKI yang menyatakan bahwa stroke dapat menimbulkan masalah yaitu seperti

masalah yang timbul pada responden 1 masalah keperawatan defisit nutrisi hal ini disebabkan karena defisit nutrisi dikarenakan pasien cepat kenyang dan kurang bernafsu makan Responden 2 masalah keperawatan yaitu Defisit nutrisi berhubungan dengan kehilangan kalori ditandai dengan BB menurun

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit memgerakan ekstremitas (SDKI, 2018)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada Ny. Z dan Ny Y terdapat 2 diagnosa dan dilakukan 2 intervensi selama 7 hari berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu intervensi utama manajemen nutrisi, identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat badan, menyarankan sajian makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, menyarankan makanan tinggi kalori dan protein tinggi, intervensi dukungan mobilisasi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisiknya, toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Tujuan yang diharapkan dalam diagnosa ini yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7 hari diharapkan ada perubahan terjadinya resiko defisit nutrisi dan gangguan mobilitas fisik Intervensi yang dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan SIKI (2018)

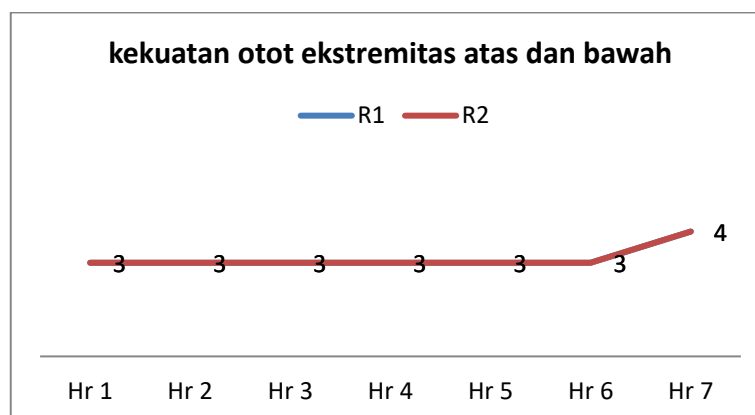
4. Implementasi keperawatan

Implementasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. , mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan. Selama dilakukan implementasi selama 7 hari manajemen nutrisi pada hari pertama : mengukur ttv, menganjurkan pasien menyajikan makanan yang menarik dengan suhu yang sesuai, monitor berat badan, memberikan edukasi kebutuhan nutrisi dan memberi jadwal makanan pada pasien hari kedua: mengukur ttv, memonitor kembali makanan yang di konsumsi memonitor jadwal nutrisi yang di lakukan pasien hari ketiga mengukur ttv, memonitor kembali makanan yang di konsumsi memonitor jadwal nutrisi yang dikonsumsi

hari keempat mengukur ttv, memonitor kembali makanan yang di konsumsi memonitor jadwal nutrasi yang dikonsumsi hari kelima mengukur ttv, memonitor kembali makanan yang di konsumsi, memonitor jadwal nutrasi yang dikonsumsi hari keenam mengukur ttv, memonitor kembali makanan yang di konsumsi memonitor jadwal nutrasi yang dikonsumsi hari ke tujuh : mengukur ttv, menimbang kembali berat badan pasien, monitor kembali makanan yang dikonsumsi, monitor jadwal nutrisi yang dikonsumsi implementasi dukungan mobilisasi hari pertama: mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, mengajari ROM (Range of Motion) memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan, mengukur kekuatan otot, hari ke 2: membimbing pasien melakukan ROM (Range of Motion) memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan hari ke 3: mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan hari ke 4: mendampingi melakukan ROM, (Range of Motion) memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan hari ke 5: mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan hari ke :6 mendampingi melakukan ROM (Range of Motion) memonitor kondisi umum pasien selama melakukan gerakan hari ke :7 mengevaluasi dan melanjutkan melakukan ROM secara mandiri, mengukur kembali kekuatan otot hari terakhir.

Evaluasi Keperawatan

grafik 4.1 nilai kekuatan otot responden 1 dan 2



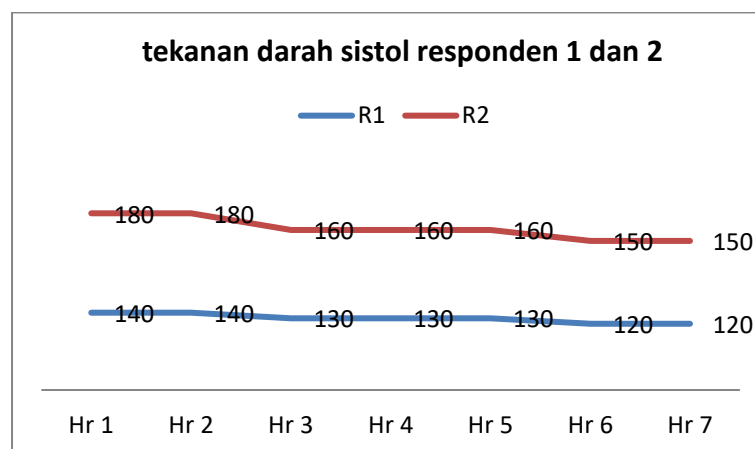
Setelah melakukan implementasi dukungan mobilisasi dengan tindakan latihan ROM selama 7 hari yang didapatkan nilai kekuatan otot hari pertama hingga

hari ke 7 dapat dilihat grafik 4.1 dengan peningkatan dari nilai 3 menjadi 4. peningkatan kekuatan otot responden merupakan dampak dari latihan ROM (Range of Motion) setiap hari pada responden.

Penderita stroke dapat mengalami kesulitan saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena akan mempengaruhi sensasi gerak di otak, mekanisme kontraksi dapat meningkatkan otot polos pada ekstremitas.

Menurut (Guyton 2007) ROM (Range of Motion) pasif dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivasi dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskuler yaitu seberapa besar kemampuan sistem saraf mengaktifasi otot untuk melakukan kontraksi. Dengan demikian semakin banyak serabut otot teraktivasi, maka semakin besar pula kekuatan yang di hasilkan oleh otot tersebut. Menurut (Nurazizah et 2020) menyatakan dari hasil penelitian bahwa terjadi peningkatan fleksibilitas sendi setelah diajarkan latihan berbentuk ROM (Range of Motion) selama 7 hari dengan 2x latihan dalam sehari peningkatan kecenderungan tulang belakang pada pada kelompok terlatih ROM (Range of Motion) Tujuan dilakukan latihan kekuatan otot ROM (Range of Motion) untuk memperbaiki dan mencegah kekuatan otot, memelihara atau meningkatkan fleksibilitas sendi, meningkatkan pertumbuhan tulang dan mencegah terjadinya kontraktur

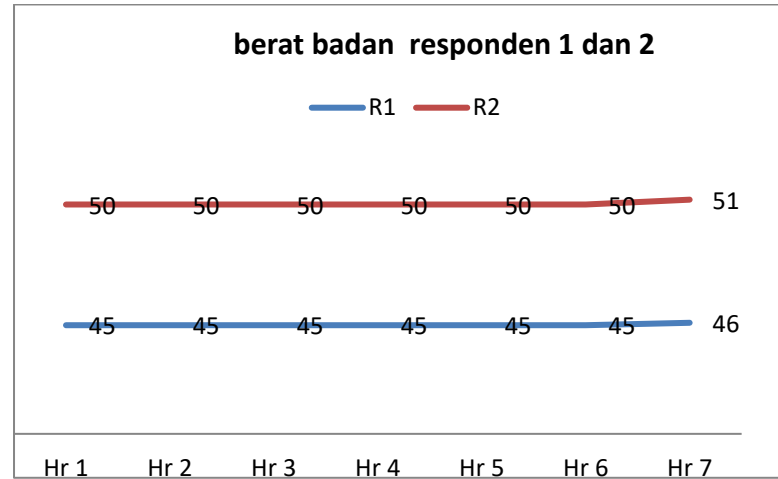
grafik 4.2 tekanan darah responden 1 dan 2



Setelah dilakukan pengukuran tekanan darah selama 7 hari yang didapatkan tekanan darah hari pertama hingga hari ke 7 dapat dilihat grafik 4.2 dengan tekanan darah

yang menurun merupakan dampak dari mengkolaborasi dengan obat oral amlodipin penurunan tekanan darah.

grafik 4.3 tekanan darah responden 1 dan 2



Setelah dilakukan penimbangan berat badan selama 7 hari yang didapatkan penimbangan berat badan hingga hari ke 7 dapat dilihat grafik 4.3 dengan berat badan badan yang meningkat selama melakukan manajemen nutrisi.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada responden 1 umur 41 tahun didapatkan data subjektif dan objektif dikarenakan Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan BB menurun

.Kelemahan kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri atas dan bawah dengan gangguan mobilitas fisik sehingga gerak tubuh terbatas dan dilakukannya manajemen nutrisi dan terapi untuk meningkatkan kinerja otot dan peredaran darah sama halnya dengan responden 2 umur 57 tahun.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari data pengkajian dan analisa data maka diperoleh diagnosa menurut (SDKI, 2017).

1. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan maknan ditandai dengan BB menurun
2. Gangguan mobilitas fisik berhubunga dengan penurunan kekuatan otot ditandai sulit menggerakkan eksremitas

Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d penurunan kekuatan otot

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut standar intervensi keperawatan indonesia (PPNI,2018). Intervensi keperawatan defisit nutrisi dan gangguan mobilitas fisik pada responden 1 dan 2, identifikasi status nutrisi identifikasi nutrisi ,identifikasi alergi makan, identifikasi makanan yang disukai , identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, monitor asupan makanan dan memonitor berat badan dan pengetahuan tentang ROM, monitor keberhasilan terapi yang diberikan. Terapi nonfarmakologi yaitu dengan pemberian terapi ROM (Range of Motion) Aktif .Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang diberikan adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kaku untuk melakukan aktifitas dan merasa tidak nyaman, sediakan lingkungan yang nyaman, dan anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Adapun manfaat terapi ROM

(Range of Motion) akan memstimulasi sirkulasi darah di otot sehingga akan melancarkan peredaran darah dan meningkatkan kemampuan otot untuk bergerak dan kaku bisa teratasi. Sesuai dengan tujuan dari kriteria hasil bahwa selama 1 minggu pemberian asuhan keperawatan, diharapkan peningkatan kekuatan otot, sendi tidak lagi kaku dan nyeri, dan mudah untuk melakukan aktivitas dengan nyaman.

4. Implementasi Keperawatan

Pada diagnosa defisit nutrisi dan gangguan mobilitas fisik implementasi yang dilakukan seperti semua intervensi telah dilaksanakan sehingga bermanfaat dan menambah ilmu bagi peneliti.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 1 minggu, Berdasarkan data subjektif responden mengatakan berat badan pasien meningkat 1 kg setelah dilakukan mengikuti anjuran yang diberikan dan anggota tubuh sebelah kiri mengalami gangguan mobilisasi. Dan data objektif didapatkan hasil klien tampak rileks dan senang, klien sudah membatasi mengkonsumsi makanan yang bisa memperburuk masalah keehatan

B. Saran

1. Bagi tempat penelitian

Disarankan kepada Puskesmas Muara Bangkahulu untuk melakukan penyuluhan secara kelompok tentang pencegahan dan penanganan termasuk pemberian edukasi kebutuhan nutrisi dan ROM (Range of Motion) untuk menguatkan kekuatan otot dan melancarkan peredaran darah.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar dapat melakukan penelitian dalam memberikan edukasi kebutuhan nutrisi dan mengaplikasikan untuk agar pasien tidak terjadi defisit nutrisi penyakit lainnya dan mengaplikasikan tindakan ROM selain menguatkan otot dan melancarkan peredaran darah, juga dapat mengurangi stress dan menenangkan pikiran serta dapat meningkatkan stamina tubuh.

3. Bagi pengembang ilmu keperawatan

Disarankan agar materi tentang kebutuhan nutrisi dan terapi ROM (Range of Motion) ini tidak hanya dalam teori saja tetapi memasukan keterampilan dalam

materi praktik. Membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi agar pemahaman tentang edukasi dan terapi ini menjadi lebih baik dan menjadikan salah satu alternative untuk mengurangi defisit nutrisi dan kekakuan dalam kasus stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, Arora Nexi. (2018). Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Karya Tulis Ilimiah, Prodi D-III Keperawatan. Padang: Poltekkes Kemenkes RI Padang
- Arum, Sheria Puspita. 2015. *Stroke kenali cegah & obati*, Yogyakarta: Notebook Black, J.M., & Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Buku I. Singapore: Elseiver
- Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (2020)
- Friedman, Bowden, J. (2018). Friedman.pdf. United States of America: F.A Davis Company.
- Kementerian Kesehatan. (2017). Profil Kesehatan Indonesia.
- Munir B, Rasyid HA, Rosita R. 2015. Hubungan antara Kadar Glukosa Darah Acak pada saat Masuk Instalasi Gawat Darurat dengan Hasil Keluaran Klinis Penderita Stroke Iskemik Fase Akut. *Jurnal MNJ*. 1(2)
- Mutaqin. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medica.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medik
- Perdana, W. H. 2017. Asuhan Keperawatan Ny. S Di Ruang Teratai RSUD Banyumas. Skripsi. Purwokerto: Fakultas Ilmu Kesehatan UMP
- Pinzon, Rizaldy, Asanti, Laksmi. (2010). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatandan Pencegahan*. Yogyakarta
- Potter, P. (2018). *Fundamental of Nurs*
- PPNI. 2018 Standar Luaran Keperawatan Indonesia
- Pudiastuti. (2011). *Penyakit Pemicu stroke*. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Purwanto Hadi. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Kemenkes.

- Rahadiyanti, A. Setianto, B.Y. & Purba, M. Br. (2017). *Asupan DASH like diet untuk mencegah resiko hipertensi pada wanita prediabetes*. Diunduh melalui <http://jurnal.ugm.ac.id> pada tanggal 20 desember 2021
- Rahmayanti, Destia. (2019). 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang'. Karya Tulis Ilimiah, Prodi D-III Keperawatan. Padang : Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- Robbins, S. & Coulter, M. (2007). *Manajemen*. Jakarta: PT Indeks
- Roger, V, et al. (2017). *Heart Deases and Stroke Statistics-2017 Update : A Report From The American Heart Association*. *Circulation*, 135(10) : 146-603
- Ruslianti. 2014. *Kolesterol Tinggi Bukan Untuk Ditakuti*. Jakarta: Fmedia(Imprint Agromedia Pustaka);
- Satyanegara. *Ilmu Bedah Saraf*. Edisi 4. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama: 2010. Hal 15-28
- Setiadi. (2013). *Konsep dan praktek penulisan riset keperawatan (Ed.2)* Yogyakarta: Graha. Ilmu
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Inonesia. Jakarta.
- Wahyuningsih R. *Penatalaksanaan Diet pada Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2013.
- Wati, Eno Apriliya. (2019). 'Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik Pada Ny. B dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. 61 Haryoto Lumajang Tahun 2019'. *Study Literatur*, Prodi D-III Keperawatan. Lumajang : Universitas Jember.

Lampiran 1. Jadwal Penelitian

JADWAL PENELITIAN

| Jadwal Kegiatan | Nov 2021 | | Des 2021 | | | | Feb 2022 | | | | Juni 2022 | | | | Juli 2022 | | | | Agst 2022 | | | | |
|---|----------|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|--|
| | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Pembuatan buku panduan dan kerangka acuan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sosialisasi buku panduan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pegajuan judul LTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Penyusunan proposal LTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Proses bimbingan BAB I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Proses bimbingan BAB II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Proses bimbingan BAB III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. PKK Keluarga & PKL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Melengkapi persyaratan ujian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ujian seminar proposal LTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perbaikan/revisi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| proposal LTA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perjanjian penelitain | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pelaksanaan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengolahan data dan proses bimbingan | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ujian Seminar hasil LTA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengumpulan LTA yang telah disahkan oleh Dewan Penguji | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lampiran 2. Naskah PSP

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah Penelitian berasal dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Pasca Stroke Hemorogik
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Stroke Hemorogik. Adapun manfaat bagi tempat penelitian hasil yang di peroleh dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Stroke Hemorogik bagi pengembangan pengetahuan penelitian ini juga diharapkan dapat menambah wawasan, inovasi dan dapat memberikan masukan bagi para tenaga kesehatan khususnya perawat dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Pasca Stroke Hemorogik
3. Bagi peneliti lain diharapkan peneletian ini dapat memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan dan dijadikan refrensi sehingga akan bermanfaat untuk peneliti selanjutnya.
4. Proposal pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan kesehatan.
5. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
6. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
7. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silakan menghubungi peneliti pada no Hp: 082319193230

PENELITI

Lampiran 3. Informed Consent

INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Deva putri sovie afrilia dengan judul Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Pasca Stroke Hemorogik

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada peneliti ini secara suka rela tanpa ada paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Bengkulu, Agustus 2022
Yang memberikan persetujuan

Saksi

.....
.....

Bengkulu, Agustus 2022
Peneliti

(Deva putri sovie afrilia)

Lampiran 4. Penetapan Subjek Berdasarkan Kriteria Inklusi dan Eklusi

PENETAPAN SUBJEK PENELITIAN BERDASARKAN KRITERIA INKLUSI DAN EKSLUSI

| No | Kriteria Inklusi | Ny. Z | Ny.Y |
|-----------|--|--------------|-------------|
| 1. | Pasien terdeksi defisit nutrisi mengetahui dengan cara menghitung IMT pasien sebelum sakit dan sesudah sakit | ✓ | ✓ |
| 2. | Pasien tidak mengalami gangguan bicara | ✓ | ✓ |
| No | Kriteria Eklusi | | |
| 1. | Responden selama intervensi tiba-tiba menolak untuk dilakukan asuhan keperawatan | | |
| 2. | Responden tidak kooperatif | | |



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS MUARA BANGKAHULU

Jl. Wr Supratman No 22 Rt 04 Kel Pematang Gubernur Bengkulu Telp (0736) 7310378
Email : pkmmuarabangkahulu04@gmail.com Kode pos :38125



SURAT SELESAI PENELITIAN
No : 800/ 245 / PMB / VIII / 2022

Berdasarkan Surat Kepala Dinas Kesehatan Bengkulu Nomor : 070/957/D.Kes/2022. Yang Bertanda Tangan dibawah ini Kepala UPTD Puskesmas Muara Bangkahulu dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Deva Putri Sovie Afrilia
NPM/NIM : 201901025
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Pasca Stroke Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu Tahun 2022
Lama Kegiatan : 08 Juli 2022 s.d 28 Juli 2022

Yang bersangkutan telah melaksanakan Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu dari tanggal 08 Juli 2022 s.d 28 Juli 2022.

Demikianlah Surat Keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN : BENGKULU
PADA TANGGAL : 16 Agustus 2022
Kepala UPTD Puskesmas Muara Bangkahulu
Kota Bengkulu



Lina Novita, S.Kep, MM
NIP : 19730430 199702 2001



PEMERINTAH KOTA BENGKULU

DINAS KESEHATAN

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0736) 21072 Kode Pos 34223

REKOMENDASI

Nomor : 070/ 07 /D.Kes/2022

Tentang IZIN PENELITIAN

- Dasar Surat** :
1. Kepala Program Studi Keperawatan STIKes Sapta Bakti Bengkulu Nomor : 03.02/191/STIKes-SB/VII/2022 Tanggal Juli 2022
 2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu Nomor : 070/2018/B.Kesbangpol/2022 Tanggal 08 Juli 2022 Perihal : Izin Penelitian untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir atas nama :
- Nama** : Deva Putri Sovie Afrilia
N I M : 201901025
Program Studi : D III Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Pasca Stroke Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu Tahun 2022
Dacrah Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu
Lama Kegiatan : 08 Juli 2022 s.d 28 Juli 2022
No.HP / Email : 082319193230 / afriliadeva123@gmail.com

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- a. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- b. Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- c. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
- d. Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- e. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.

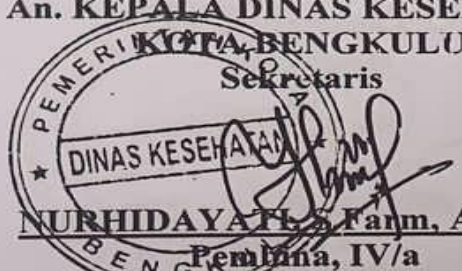
Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI : B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 13 JULI 2022

An. KEPALA DINAS KESEHATAN

KOTA BENGKULU

Sekretaris


NURHIDAYATI, S. Farm, Apt, ME

Bengkulu, IV/a

Nip. 198002122005022004

Tembusan :

1. Ka.UPTD.PKM.Muara Bangkahulu Kota Bengkulu
2. Yang Bersangkutan