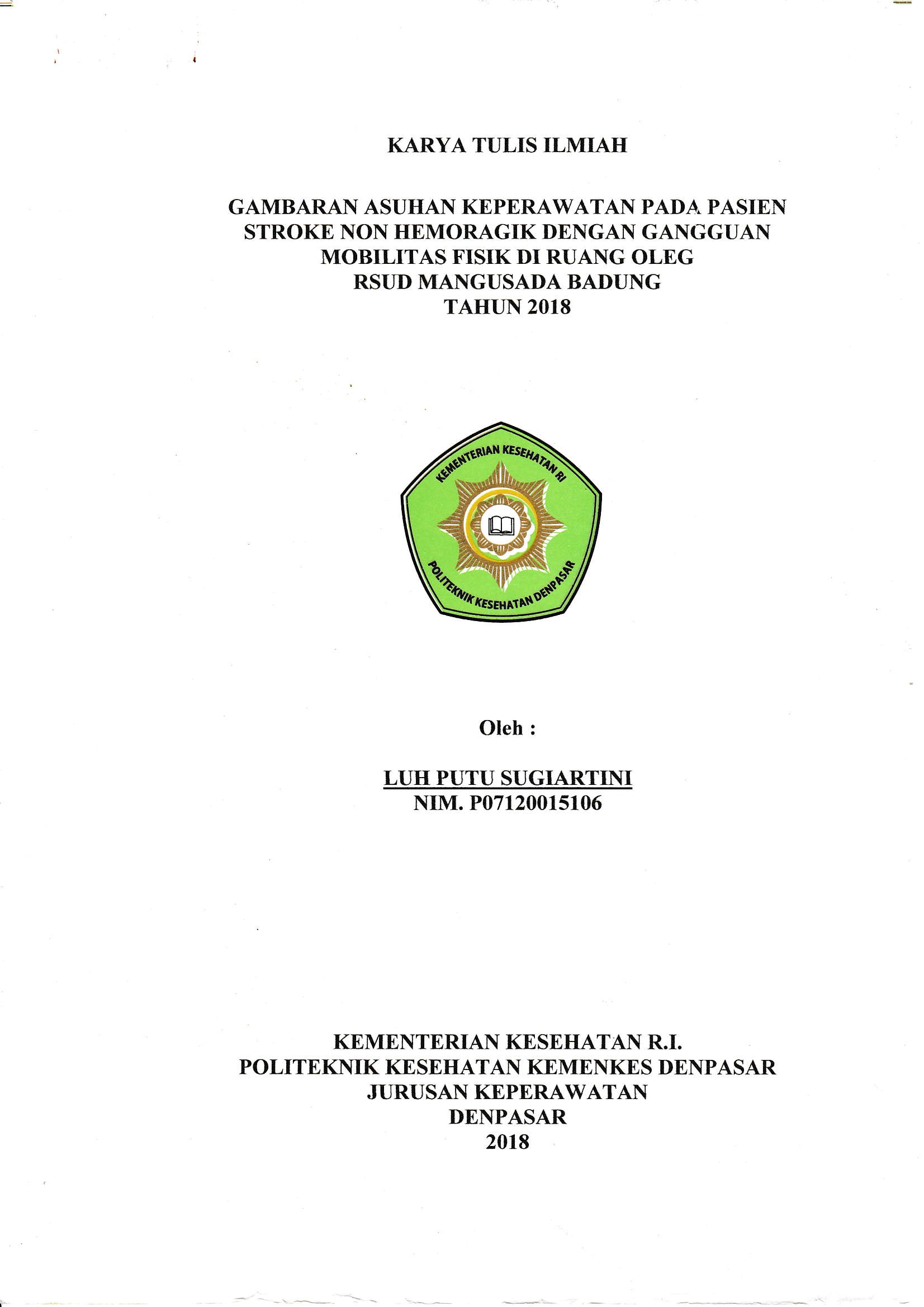
****

****

# G:\SGANKI~1. $\IMG_20180622_0001_0002.jpg

# G:\SGANKI~1. $\IMG_20180622_0001_0001.jpg

# G:\SKM_C30818062419380.jpg

**DESCRIPTION OF NURSING CARE FOR STROKE NON HEMORRHAGIC PATIENTS WITH IMPAIRED PHYSICAL MOBILITY**

**IN OLEG WARD MANGUSADA**

**BADUNG HOSPITAL 2018**

# ABSTRACT

*Stroke non-hemorrhagic is blockage of blood vessels that causes the blood flow to the brain is partially or completely stalled (Nuratif & Kusuma, 2015). Nursing problems that commonly occur in patients stroke non-hemorrhagic one of them is physical mobility impairments. Impaired physical mobility is limited physical movement of one or more extremities independently* (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) *. This study aims to determine the description of nursing care for stroke non-hemorrhagic patients with impaired physical mobility in Oleg Ward Mangusada Badung Hospital in 2018. This type of research is descriptive research with case study design of two stroke non-hemorrhagic patients with impaired physical mobility will be observed in depth using documentary study by observing the patient nursing documents. Data collection tools such as observation. The results showed that there are similarities between the two stroke non-hemorrhagic patients with impaired physical mobility in documentation of nursing care in the room but had some differences with the theories used as a reference by researchers. The results of this study are expected to revise and socialization on the SDKI and the standard of nursing care is used as a reference in the hospital.*

***Keywords: Stroke Non-Hemorrhagic, Impaired Physical Mobility, Nursing Care***

**GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG OLEG**

**RSUD MANGUSADA BADUNG**

**TAHUN 2018**

# ABSTRAK

Stroke non hemoragik ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuratif & Kusuma, 2015). Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien stroke non hemoragik salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018. Jenis penelitian yang digunakan merupakan jenis penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus terhadap dua pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik yang akan diamati secara mendalam menggunakan studi dokumentasi dengan mengobservasi dokumen keperawatan pasien. Alat pengumpulan data berupa pedoman observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat kesamaan antara dua pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruangan tetapi memiliki beberapa perbedaan dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti. Hasil yang diharapkan dari penelitian ini adalah adanya revisi dan sosialisasi pada asuhan keperawatan agar mengacu pada SDKI 2017.

**Kata Kunci: Stroke Non Hemoragik, Gangguan Mobilitas Fisik, Asuhan Keperawatan**

# RINGKASAN PENELITIAN

Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung Tahun 2018

Oleh: Luh Putu Sugiartini (P07120015106)

Stroke non hemoragik ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuratif & Kusuma, 2015). Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien stroke non hemoragik salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik.. Gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018. Jenis penelitian yang digunakan yaitu jenis penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi dokumentasi dengan mengobservasi dua dokumen keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik. Waktu penelitian dilakukan .pada tanggal 23 April sampai 30 April 2018. Alat pengumpulan yang digunakan berupa *check list* yang harus diisi oleh peneliti, bila ditemukan diberi tanda “√” pada kolom “Ya”, dan bila tidak ditemukan diberi tanda “√” pada kolom “Tidak”.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan kesamaan data pengkajian hingga evaluasi keperawatan pada kedua data perawatan pasien, namun terdapat perbedaan data pengkajian keperawatan yang ada pada hasil studi kasus dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti pada pengkajian. Terdapat sembilan komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, enam komponen yang sudah dikaji, tiga komponen yang belum dikaji, dan terdapat satu data tambahan pada dokumen subjek 2. Bagian diagnosa terdapat 11 komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, tujuh komponen yang ditemukan dan empat komponen yang tidak ditemukan. Intervensi yang dijadikan acuan peneliti ada sebanyak tujuh komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, enam komponen yang ditemukan, satu komponen yang tidak ditemukan, dan terdapat tiga data tambahan yang ditemukan dalam dokumen yang digunakan. Terdapat tujuh komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi di bagian implementasi namun tidak ada satupun yang ditemukan, hanya terdapat kepala atau poin pentingnya saja sehingga tidak diketahui pada intervensi yang mana yang sudah dilakukan dan intervensi yang mana yang belum dilakukan. Selanjutnya bagian evaluasi terdapat empat komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, namun tidak ada satupun yang ditemukan sesuai dengan pedoman observasi yang digunakan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik peneliti mengalami beberapa hambatan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Demi kemajuan penelitian selanjutnya peneliti menyarankan bagi Institusi Politeknik Kemenkes Denpasar hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah. Bagi perawat dan pihak RSUD Mangusada Badung hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pengembangan mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit dalam melakukan asuhan keperawatan secara komperehensif dan optimal. Bagi para peneliti selanjutnya hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan dijadikan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya

# KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa karena ***“Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung Tahun 2018”*** tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan bukanlah semata-mata usaha peneliti sendiri, melainkan berkat dorongan dan bantuan dari berbagai pihak. Melalui kesempatan ini peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Anak Agung Ngurah Kusumajaya,SP.,MPH, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar yang telah memberikan kesempatan menempuh pendidikan D-III di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar.
2. Ibu V.M Endang S.P.Rahayu, S.Kp.,M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar yang telah memberikan kesempatan menenmpuh pendidikan D-III di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar.
3. Bapak I Made Mertha, S.Kp., M.Kep selaku ketua program studi DIII Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar dan pembimbing utama yang telah banyak memberikan pengetahuan, bimbingan dan masukan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini serta telah memberikan kesempatan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Ners. I Made Sukarja, S.Kep.,M.Kep.selaku pembimbing pendamping yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan dan bimbingan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mangusada Badung yang telah memberikan izin dalam melakukan penelitian di RSUD Mangusada Badung.
6. Kepala Ruangan Oleg RumahSakit Umum Daerah Mangusada Badung yang telah memberikan izin dalam pengambilan data di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung.
7. Seluruh dosen yang telah terlibat dalam pengajaran pengantar riset keperawatan yang telah memberikan ilmunya kepada kami, sehingga peneliti dapat menyusun karya tulis ilmiah ini dengan baik.
8. Mahasiswa angkatan XXX DIII Keperawatan Poltekkes Denpasar yang banyak memberikan masukan dan dorongan pada peneliti.
9. Keluarga, kerabat serta sahabat peneliti yang telah memberikan dorongan dan inspirasi baik secara emossional maupun finansial.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan penelitian ini yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, semoga penelitian ini bermanfaat bagi kita semua.

|  |
| --- |
| Denpasar, 16 Mei 2017  Peneliti |

# 

# DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

KARYA TULIS ILMIAH ......ii

[LEMBAR PERSETUJUAN iii](#_Toc513578430)

[KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL iv](#_Toc513578431)

[SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT v](#_Toc513578432)

[ABSTRACT vi](#_Toc513578433)

[ABSTRAK vii](#_Toc513578434)

[RINGKASAN PENELITIAN viii](#_Toc513578435)

[KATA PENGANTAR x](#_Toc513578436)

[DAFTAR ISI xii](#_Toc513578437)

[DAFTAR TABEL xv](#_Toc513578438)

[DAFTAR GAMBAR xvi](#_Toc513578439)

[DAFTAR LAMPIRAN xvii](#_Toc513578440)

[BAB I](#_Toc513578441) PENDAHULUAN

[A. Latar Belakang 1](#_Toc513578443)

[B. Rumusan Masalah 5](#_Toc513578444)

[C. Tujuan Penelitian 5](#_Toc513578445)

[1. Tujuan Umum 5](#_Toc513578446)

[2. Tujuan Khusus 5](#_Toc513578447)

[D. Manfaat Penelitian 6](#_Toc513578448)

[1. Manfaat Praktis 6](#_Toc513578449)

[2. Manfaat Teoritis 6](#_Toc513578450)

[BAB II](#_Toc513578451) TINJAUAN PUSTAKA

[A. Konsep Stroke Non Hemoragik 7](#_Toc513578453)

[1. Pengertian 7](#_Toc513578454)

[2. Penyebab 7](#_Toc513578455)

[3. Masalah Keperawatan yang Timbul 8](#_Toc513578456)

[B. Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik 8](#_Toc513578457)

[1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik 8](#_Toc513578458)

[2. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik 9](#_Toc513578459)

[3. Gejala dan Tanda Gangguan Mobilitas Fisik 9](#_Toc513578460)

[4. Patofisiologi Gangguan Mobilitas Fisik 9](#_Toc513578461)

[C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik 10](#_Toc513578462)

[1. Pengkajian Keperawatan 10](#_Toc513578463)

[2. Diagnosa Keperawatan 11](#_Toc513578464)

[3. Intervensi Keperawatan 11](#_Toc513578465)

[4. Implementasi Keperawatan 15](#_Toc513578466)

[5. Evaluasi Keperawatan 16](#_Toc513578467)

[BAB III](#_Toc513578468) KERANGKA KONSEP

[A. Kerangka Konsep 17](#_Toc513578470)

[B. Definisi Operasional Variabel 18](#_Toc513578472)

[BAB IV](#_Toc513578475) METODE PENELITIAN

[A. Jenis Penelitian 20](#_Toc513578477)

[B. Tempat dan Waktu 21](#_Toc513578478)

[C. Subjek Studi Kasus 21](#_Toc513578479)

[D. Fokus Studi 21](#_Toc513578480)

[E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data 22](#_Toc513578481)

[F. Metode Analisis Data 24](#_Toc513578482)

[G. Etika Fokus Studi Kasus 24](#_Toc513578483)

[BAB V](#_Toc513578484) HASIL DAN PEMBAHASAN

[A. Hasil Studi Kasus 26](#_Toc513578486)

### [Karakteristik subjek penelitian 26](#_Toc513578487)

[2. Data fokus studi kasus](#_Toc513578488) 30

[B. Pembahasan 33](#_Toc513578492)

[1. Pengkajian keperawatan 34](#_Toc513578493)

[2. Diagnosa keperawatan 36](#_Toc513578494)

[3. Rencana keperawatan 37](#_Toc513578495)

[6. Implementasi keperawatan 39](#_Toc513578496)

[7. Evaluasi keperawatan 40](#_Toc513578497)

[C. Keterbatasan dan Hambatan 41](#_Toc513578498)

[BAB VI](#_Toc513578499) SIMPULAN DAN SARAN

[A. Simpulan 42](#_Toc513578501)

[B. Saran 43](#_Toc513578502)

[DAFTAR PUSTAKA 45](#_Toc513578503)

# 

# DAFTAR TABEL

Tabel 1. [Definisi Operasinal Variabel Penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg 18](#_Toc278499112)

# Tabel 2 Hasil Observasi Pengkajian Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mbilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018.......................................................................................................31

# Tabel 3 Hasil Observasi Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mbilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018........................................................................32

# Tabel 4 Hasil Observasi Intervensi Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mbilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018........................................................................35

# Tabel 5 Hasil Observasi Evaluasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018......................................................................................................36

# 

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada tahun 2018 17](#_Toc278499109)

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Hasil Obeservasi 50

[Lampiran 2 Waktu Pelaksanaan Kegiatan Penelitian](#_Toc278499123) .........55

[Lampiran 3 Realisasi Anggaran Biaya Penelitian](#_Toc278499127) 56

Lampiran 4 Format Pengumpulan Data 57

Lampiran 5 Hasil Pedoman Studi Dokumentasi 61

Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan 65

# BAB I

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Dewasa ini cenderung terjadi perubahan pada perilaku masyarakat dengan gaya hidup *modern* yang cenderung kurang sehat, seperti mengkonsumsi makanan cepat saji yang mengandung zat pengawet, rutin minum kopi, alkohol, dan tidak diimbangi dengan beraktivitas. Perubahan perilaku ini dapat memicu pergeseran pola penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menulat (PTM) yang menjadi faktor utama dalam masalah morbiditas dan mortalitas. Secara global PTM yang menyebabkan kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler ialah penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling umum dan diketahui oleh masyarakat adalah penyakit stroke (KEMENKES, 2014).

Stroke ialah suatu keadaan hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2013). Serangan stroke dapat menyerang siapa saja terutama orang dengan penyakit-penyakit kronis, seperti hipertensi, jantung, kolesterol tinggi, trigleserida tinggi, pengerasan pembuluh darah, penyempitan dan penebalan pembuluh darah, obesitas dan lain-lainnya (Pudiastuti, 2011). Berdasarkan jenisnya stroke dibagi menjadi dua yakni stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik pada umumnya terjadi akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh arterosklerosis yakni terjadi suatu penumpukan kolesterol atau plak pada dinding pembuluh darah dan bisa juga diakibatkan oleh adanya bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2011).

Prevalensi stroke pada tahun 2010 di seluruh dunia adalah 33 juta orang (Mozaffarian et al., 2015). Dibandingkan dengan negara berpenghasilan tinggi, stroke menjadi masalah besar di negara-negara berpenghasian rendah. Jumlah penderita penyakit stroke di Indonesia tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis Nakes/gejala di-perkirakan sebanyak 2.137.941 orang (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Stroke non hemoragik memiliki prevalensi tertinggi, yaitu 88% dari semua stroke dan 12% adalah stroke hemoragik (Marsh & Keyrouz, 2010). Sepanjang tahun 2015 di RSUD Mangusada Badung terdapat 3.303 pasien yang menderita stroke non hemoragik. Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien stroke non hemoragik salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik. Hal ini berdasarkan hasil penelitian Gabrielle, dkk pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (Costa et al., 2010).

Gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hal ini terjadi karena adanya gangguan serebral yang mengganggu aliran darah serebral yang mengakibatkan oksigen dan nutrisi ke otak menurun sehingga menimbulkan lesi atau infark. Terjadinya infark pada otak akan mempengaruhi kontrol motorik karena neuron dan jalur medial atau venteral berperan dalam kontrol otot-otot. Gangguan motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Salah satu komplikasi yang dapat terjadi adalah kelemahan otot, dan jika tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat terjadi kontraktur (Asmadi, 2008).

Komplikasi tersebut dapat dihindari dengan cara mobilisasi sedini mungkin ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik penderita sudah mulai stabil. Mobilisasi dilakukan secara rutin dan terus menerus untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke, terutama kontraktur. Salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke ialah latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk memperbaiki atau mempertahankan tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2010). Selain itu, latihan ini juga sebagai salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke paska perawatan di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme koping penderita.

Dampak gejala sisa akibat stroke sangat bervariasi dan kompleks. Menurut Pusat Data dan Informasi PERSI, stroke berada diurutan pertama dalam hal penyebab kecacatan fisik. Angka kecacatan akibat stroke pada umumnya lebih tinggi daripada angka kematian, dengan perbandingan 4:1 antara angka kecacatan dan angka kematian (Murtaqib, 2013). Terjadinya kelumpuhan pada pasien stroke di indonesia sekitar 56,5%. Stroke pada orang dewasa akan memberi dampak terhadap tingkat produktivitas dan menjadi beban bagi keluarga, sehingga penderita stroke harus mampu untuk beradaptasi dengan kondisi akibat stroke

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Oleg RSUD Mangusada Kabupaten Badung didapatkan data rekam medik pasien bahwa pada bulan Februari 2018 penderita stroke non hemoragik berjumlah 20 kasus, dengan rata-rata umur penderita 30 tahun keatas. Gangguan mobilitas fisik pada penderita stroke non hemoragik termasuk dalam pengkajian fokus yang dilakukan oleh perawat di Ruang Janger RSUD Mangusada. Menurut hasil wawancara dengan Wakil Kepala Ruangan di Ruang Oleg RSUD Mangusada didapatkan data bahwa 3 dari 5 pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan mobilitas fisik. Tindakan keperawatan yang sering dilakukan di Ruang Oleg RSUD Mangusada dalam menangani pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik berupa melakukan terapi latihan ambulansi dan pemenuhan IADL kepada pasien dalam pemenuhan kebutuhan *Activity of Daily Livings* (ADLs) secara mandiri sesuai kemampuan, mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi, memberikan alat bantu jika pasien memerlukan. Lama perawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik dari 5-8 hari, dengan prognosis yang berbeda-beda pada setiap pasien.

Melihat tingginya kasus stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik, maka perlu untuk mengetahui bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.

## Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan suatu masalah penelitiannya yaitu : “Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018?”

## Tujuan Penelitian

### Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.

### Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi proses pengkajian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.
2. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.
3. Mengidentifikasi gambaran penggunaan intervensi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.
4. Mengidentifikasi pelaksanakan implementasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.
5. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung tahun 2018.

## Manfaat Penelitian

### Manfaat Praktis

Untuk keluarga pasien penderita stroke non hemoragik, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi atau pengetahuan mengenai gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik.

Untuk pihak rumah sakit, hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai panduan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara mandiri maupun kolaborasi terutama dalam memberikan perawatan pada penderita stroke non hemoragik.

### Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti beserta civitas akademika tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik, serta dapat dijadikan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam melaksanakan penelitian yang berkaitan.

# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## Konsep Stroke Non Hemoragik

### Pengertian

Stroke non hemoragik ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuratif & Kusuma, 2015). Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013)

### Penyebab

Stroke non hemoragik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal, yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah yang disebut dengan *atheroschlerosis* dan bekuan darah yang bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan istilah *thrombus.*Yang kedua adalah tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari *thrombus* di jantung. *Thrombus* atau bekuan darah di jantung ini biasanya terjadi pada pasien yang terpasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa *febrilasi atrial,* yaitu irama jantng yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung (Mulyatsih & Arizia, 2008).

### Masalah Keperawatan yang Timbul

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan NANDA (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), yakni:

1. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah.
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nerfus hipoglosus.
3. Nyeri akut
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala sisa stroke
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hemiparesis/ hemiplegia, penurunan mobilitas.
7. Resiko jatuh berhubungan denganpenurunan ketajaman penglihatan.
8. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial atau oral.
9. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak.

## Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

### Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan instruksi pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal, pembatasan gerakan volunter, atau kehilangan fungsi motorik (Potter & Perry, 2010).

### Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, gangguan kognitif, gangguan sensoripersepsi. Salah satu kondisi klinis yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### Gejala dan Tanda Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), gejala dan tanda pada gangguan mobilitas fisik terdiri dari dua bagian, yakni :

* 1. Gejala dan Tanda Mayor

Gejala dan tanda mayor secara subjektif yakni mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

* 1. Gejala dan Tanda Minor

Gejala dan tanda minor secara subjektif yakni nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

### Patofisiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien SNH diakibatkan oleh terjadinya defisit neurologis yang bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusinya yang tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Hal ini menyebabkan terjadinya infark pada otak yang akan mempengaruhi kontrol motorik karena neuron dan jalur medial atau venteral berperan dalam kontrol otot-otot. Disfungsi motorik mengakibatkan terjadinya keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya.

## Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik

### Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu bagian dari komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha perawat dalam menggali permasalahan yang ada di pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien yang dilakukan secara sistematis, menyeluruh atau komprehensif, akurat, singkat dan berlangsung secara berkesinambungan (Muttaqin, 2010). Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik dalam kategori fisiologis dengan subkategori aktivitas dan istirahat, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017). Gejala dan tanda mayor secara subjektif yakni mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor secara subjektif yakni nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

### Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian kinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik salah satunya gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas,mengeluh nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan dalam masalah aktivitas dan istirahat adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik termasuk dalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas dan istirahat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan dirumuskan, selanjutnya perawat menyusun perencanaan yang merupakan sebuah langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut dapat diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik berdasarkan *Nursing Interventions Classification (NIC)* (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) yakni :

1. Terapi latihan: ambulansi
   * + 1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi

Mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi bertujuan untuk mengetahui seberapa besar kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Mubarak, 2008). Mobilisasi dibagi menjadi dua yakni mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian. Mobilisasi Penuh yakni dapat bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi Sebagian yakni bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak dengan bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

* + - 1. Monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan

Pemeriksaan tanda vital terdiri dari pemeriksaan : tekanan darah, frekuensi nadi, respirasi dan suhu. Rasionalnya pemeriksaan vital signs berguna dalam mendeteksi atau pemantauan masalah medis. Tekanan darah merupakan kekuatan darah mendorong dinding arteri. Setiap kali jantung berdetak memompa darah melalui arteri ke seluruh tubuh. tekanan darah normal seseorang dipengaruhi oleh usia, dan aktivitas fisik yang dilakukan. Karena itu pemeriksaan tekanan darah dilakukan ketika beristirahat paling tidak sekitar 15 menit setelah melakukan suatu aktifvitas fisik. Tekanan darah normal yaitu 120/80 MmHg, suhu tubuh normal dapat berkisar antara 36,5 derajat C - 37,2 derajat C , denyut nadi normal untuk orang dewasa sehat berkisar 60-100 denyut per menit. Denyut nadi dapat meningkat dengan olahraga, penyakit, cedera, dan emosi. Tingkat Respirasi adalah jumlah pernapasan seseorang per menit. Ketika memeriksa pernapasan penting juga diperhatikan apakah seseorang memiliki kesulitan bernapas. Pernafasan normal untuk orang dewasa sehat antara 12-20 kali per menit. Selain itu dilakukan observasi terhadap respon pasien saat dilakukannya terapi.

* + - 1. Ajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga

Ambulasi dini adalah tahapan kegiatan yang dilakukan segera pada pasien pasca operasi maupun stroke dimulai dari bangun dan duduk sampai pasien turun dari tempat tidur dan mulai berjalan dengan bantuan alat sesuai dengan kondisi pasien (Asmadi, 2008). Menurut Asmadi (2008) manfaat ambulasi adalah mencegah dampak immobilisasi. Jenis-jenis ambulansi yakni duduk diatas tempat tidur, duduk ditepi tempat tidur, memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi, membantu berjalan, memindahkan pasien dari tempat tidur ke brancard, melatih berjalan dengan menggunakan alat bantu jalan. Mengajarkan tenik ambulansi dan perpindahan yang aman kepada pasien dan keluarga dapat dilakukan dengan cara menjelaskan prosedur yang aman saat melakukan ambulansi, pemasangan pengaman kedua sisi tempat tidur.

* + - 1. Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan

Saat melakukan mobilisasi jika pasien mengalami kesulitan atau membutuhkan bantuan dapat diberikan alat bantu untuk mempermudah pasien dalam melakukan mobilisasi. Alat-alat dalam pelaksanaan ambulansi yakni ada kruk, canes (tongkat), dan walkers. *Kruk* adalah alat yang terbuat dari logam atau kayu dan digunakan permanen untuk meningkatkan mobilisasi serta untuk menopang tubuh dalam keseimbangan pasien. Misalnya: Conventional, Adjustable dan lofstrand. *Canes* (tongkat) yaitu alat yang terbuat dari kayu atau logam setinggi pinggang yang digunakan pada pasien dengan lengan yang mampu dan sehat. Meliputi tongkat berkaki panjang lurus (*single stight-legged*) dan tongkat berkaki segi empat (*quad cane*). *Walkers* yaitu alat yang terbuat dari logam mempunyai empat penyangga yang kokoh digunakan pada pasien yang mengalami kelemahan umum, lengan yang kuat dan mampu menopang tubuh.

* + - 1. Ajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan.

Mengajarkan pasien bagaimana cara untuk merubah posisi sesuai dengan prosedur yang aman dan membantu jika pasien mengalami kesulitan saat melakukan perubahan posisi.

1. Terapi Latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi
   * + - 1. Berikan latihan ROM

Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk memperbaiki atau mempertahankan tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2010). Selain itu, latihan ini juga sebagai salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke. Perinsip dasar latihan ROM yakni, ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, ROM di lakukan berlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien, dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring, bagian-bagian tubuh yang dapat di lakukan latihan ROM adalah leher, jari,lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki, ROM dapat di lakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang di curigai mengalami proses penyakit, Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah di lakukan.

1. Bantuan perawatan diri : IADL

Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

Aktivitas sehari-hari (ADLs)  merupakan salah satu bentuk latihan aktif pada seseorang termasuk didalamnya adalah makan/minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi tempat tidur, berpindah dan ambulasi/ROM. Pemenuhan terhadap ADLs ini dapat meningkatkan harga diri serta gambaran diri pada seseorang.

### Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya.

### Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2010). Evaluasi terhadap asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam dengan *Nursing Outcome Classification (NOC)* (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016):

1. Pergerakan sendi : aktif
2. Tingkat mobilitas
3. Perawatan diri : ADLs
4. Kemampuan berpindah

Kriteria hasil :

Peningkatan aktivitas fisik pasien

Pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas

Pasien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

Mampu mempragakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)

# 

# BAB III

# KERANGKA KONSEP

## Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Setiadi, 2013a). Kerangka konsep penelitian dijabarkan sebagai berikut:

**Hasil**

Gangguan mobilitas fisik teratasi

**Diagnosa keperawatan**

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

**Pengkajian**

1. Data Mayor : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.
2. Data Minor : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak,sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Pasien stoke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik

**Intervensi dan Implementasi**

1. Terapi latihan: ambulansi
   * + 1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi
       2. Monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan
       3. Ajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga
       4. Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan
       5. Ajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan.
2. Terapi Latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi yakni, berikan latihan ROM minimal 1 kali sehari
3. Bantuan perawatan diri : IADL yakni,lLatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

**Evaluasi**

1. Peningkatan aktivitas fisik pasien
2. Pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Pasien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
4. Mampu mempragakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)

Keterangan:

: Variabel tidak diteliti

: Variabel diteliti

: Berhubungan

# Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada tahun 2018

Sumber : *NIC* (Bulechek et al.,2013), *NOC* (Moorhead et al., 2016) dan SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016)

## Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional merupakan uraian yang memperjelas makna dari variabel dan istilah yang ada dalam penelitian guna mempermudah pemahaman pembaca. Definisi operasional variabel disajikan dalam bentuk matriks tabel seperti berikut:

# Tabel 1

# Definisi Operasinal Variabel Penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg

RSUD Mangusada Badung tahun 2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Subvariabel** | **Definisi Operasional** | **Alat Ukur** | **Cara Pengumpulan Data** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | 5 |
| Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik | 1. Asuhan keperawatan | Asuhan keperawatan merupakan suatu bentuk kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam pemberian perawatan yang secara menyeluruh (komprehensif) dan berkesinambungan yang dimulai dari pengkajian data, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan atau intervensi, mengimplementasikan tindakan sesuai intervensi yang telah ditetapkan, dan selanjutnya mengevaluasi tujuan yang telah ditentukan. | Pedoman observasi dokumentasi | Studi dokumentasi |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | 1. Stroke non hemoragik | Stroke non hemoragik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. | Pedoman observasi dokumentasi | Studi dokumentasi |
|  | 1. Gangguan mobilitas fisik | Gangguan mobilitas fisik adalah suatu kondisi dimana terjadi keterbatasan dalam gerakan fisik secara mandiri yang di tandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak,sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah yang disebabkan oleh penyakit stroke non hemoragik | Pedoman observasi dokumentasi | Studi dokumentasi |

# 

# BAB IV

# METODE PENELITIAN

Metode penelitian atau metode ilimiah adalah Kumpulan hukum, aturan dan tata cara tertentu yang diatur berdasarkan kaidah dalam menyelenggarakan penelitian bidang keilmuan tertentu dan hasilnya dapat dipertanggung jawabkan (Herdiansyah, 2014). Pada bab ini diuraikan tentang metode penelitian yang diterapkan mahasiswa dalam studi kasus yang akan dilaksanakan. Bab ini terdiri dari :

## Jenis Penelitian

Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Setiadi, 2013b), dalam karya tulis ini penulis menggunakan jenis penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk menggambarkan suatu keadaan secara objektif. Penelitian ini menggunakan desain observasional dimana penelitian hanya bertujuan untuk melakukan pengamatan dan non eksperimental. Rancangan penelitian adalah studi kasus dimana penelitian dilakukan terhadap suatu permasalahan yang terdiri dari dua kasus akan dianalisis secara mendalam dan dilaporkan secara naratif. Desain penelitian studi kasus merupakan rancangan penelitian dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. (Setiadi, 2013b). Pendekatan dalam penelitian ini adalah Prospektif. Pendekatan prospektif yaitu pendekatan dengan mengikuti subjek untuk meneliti peristiwa yang belum terjadi (Setiadi, 2013b).

## Tempat dan Waktu

Studi kasus telah dilaksanakan di Ruang Oleg RSUD Mangusada Kabupaten Badung. Waktu dilaksanakannya penelitian yaitu pada tanggal 23 April sampai 30 April 2018 dan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik dilakukan selama 3x24 jam.

## Subjek Studi Kasus

Studi kasus tidak dikenal populasi dan sampel, namun lebih mengarah kepada istilah subjek studi kasus oleh karena yang menjadi subjek studi kasus sekarang-kurangnya dua pasien yang diamati secara mendalam. Subjek studi kasus pada karya tulis ini sejumlah dua pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Subjek studi kasus perlu dirumuskan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dari pasien stroke non hemoragik ini sendiri adalah sebagai berikut:

1. Dokumen pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan minimal tiga tanda gejala mayor dan minor
2. Dokumen pasien stroke non hemoragik dengan rentang usia ≥ 30 tahun.

Sedangkan, kriteria ekslusi dari pasien stroke non hemoragik adalah:

1. Dokumen pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kesadaran/parsial respon.
2. Dokumen pasien yang hilang atau tidak lengkap.

## Fokus Studi

Fokus studi adalah kajian utama yang akan dijadikan titik acuan studi kasus. Focus studi dalam karya tulis ini adalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik. Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik meliputi data pengkajian keperawatan sesuai batasan karakteristik dari gangguan mobilitas fisik, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

## Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. **Jenis Data**

Data yang dikumpulkan dari subjek studi kasus adalah data sekunder. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/ instansi yang secara rutin mengumpulkan data diperoleh dari rekam medik pasien (Setiadi, 2013b). Pada penelitian ini menggunakan data sekunder diperoleh dengan teknik pedoman studi dokumentasi. Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini adalah asuhan keperwatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung.

1. **Cara Mengumpulkan Data**

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. (Nursalam, 2016). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi dokumentasi dengan mengobservasi dokumen pada pasien. Observasi merupakan cara melakukan pengumpulan data penelitian dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap responden penelitian dalam mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2010).

Observasi dilakukan terhadap catatan asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik. Obersevasi tersebut dilakuakan mulai dari catatan hasil pengkajian sampai evaluasi pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.

Alur pengumpulan data yaitu :

1. Mengajukan surat pengantar ke Direktorat Poltekkes Denpasar untuk mengurus ijin penelitian.
2. Mengajukan ijin melaksanakan penelitian ke Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali.
3. Mengajukan ijin penelitian ke Kesbang Limas Badung
4. Mengajukan ijin penelitian ke Direktur Rumah Sakit Mangusada Badung
5. Melakukan pemilihan subjek studi kasus dan dokumen keperawatan yang sesuai dengan kriteria inklusi.
6. Peneliti melakukan observasi terhadap gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik dengan mengambil data dari dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah ada setelah pemeriksaan selesai dilakukan.
7. **Instrumen pengumpulan data**

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah pedoman studi dokumentasi. Pedoman studi dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Data pengkajian terdiri dari 9 pernyataan dimana berisi tentang data subjektif dan data objektif. Data diagnosa terdiri dari 18 pernyataan berisi tentang rumusan diagnose keperawatan dengan komponen *problem, etiology, sign and symptom* (PES). Data intervensi terdiri dari 7 pernyataan berisi tentang rencana keperawatan mengenai gangguan mobilitas fisik*.* Data implementasi terdiri dari 7 pernyataan yang berisi tentang implementasi yang dilakukan pada gangguan mobilitas fisik*.* Serta data evaluasi terdiri dari 4 pernyataan yang berisi tentang indikator kriteria hasil yang dicapai. Pedoman studi dokumentasi berupa *check list*  yang harus diisi oleh peneliti, bila ditemukan diberi tanda “√” pada kolom “Ya”, dan bila tidak ditemukan diberi tanda “√” pada kolom “Tidak”.

## Metode Analisis Data

Data penelitian telah dianalisis dengan analisis diskriptif. Analisis deskriptif adalah suatu usaha mengumpulkan dan menyusun data. Setelah data tersusun langkah selanjutnya adalah mengolah data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah (Nursalam, 2016). Data telah disajikan dengan uraian tentang temuan dalam bentuk tulisan.

## Etika Fokus Studi Kasus

Bagian ini mencantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus. Hal ini terdiri tiga bagian yakni menghormati individu (*respect for persons*)*,* kemanfaatan (*beneficience*)dan berkeadilan (*distributive justice*) yang dijelaskan sebagai berikut :

1. **Menghormati individu *(Respect for* persons).**

Menghormati otonomi (Respect for autonomy) yaitu menghargai kebebasan seseorang terhadap pilihan sendiri, Melindungi subjek studi kasus (Protection of persons) yaitu melindungi individu/subjek penelitian yang memiliki keterbatasan atau kerentanan dari eksploitasi dan bahaya. Pada bagian ini diuraikan tentang informed consent, anonimity, dan kerahasiaan.

Penelitian ini tidak menggunakan *informed consent* karena peneliti hanya melakukan studi dokumentasi terhadap dokumen pasien. Peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam pengolahan data melainkan menggunakan nomor atau kode responden. Semua data yang terkumpul dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

1. **Kemanfaatan *(Beneficience).***

Kewajiban secara etik untuk memaksimalkan manfaat dan meminimalkan bahaya. Semua penelitian harus bermanfaat bagi masyarakat, desain penelitian harus jelas, peneliti yang bertanggung jawab harus mempunyai kompetensi yang sesuai.

1. **Berkeadilan *(Distributive justice).***

Keseimbangan antara beban dan manfaat ketika berpartisipasi dalam penelitian. Setiap individu yang berpartisipasi dalam penelitian harus di perlakukan sesuai dengan latar belakang dan kondisi masing-masing. Perbedaan perlakuan antara satu individu/kelompok dengan lain dapat dibenarkan bila dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan dapat diterima oleh masyarakat. Penelitian ini hanya melakukan studi dokumentasi pada dokumen pasien, sehingga tidak ada perbedaan perlakukan antara satu subjek dengan subjek yang lain.

# 

# BAB V

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## Hasil Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada tanggal 17-24 april 2018. Hasil studi kasus ini menguraikan tentang dua asuhan keperawatan yang telah diteliti dengan menggunakan teknik dokumentasi dan observasi pada asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung. Pendokumentasian asuhan keperawatan ini menggunakan pedoman studi dokumentasi berupa *check list* yang harus diisi oleh peneliti, dengan ketentuan bila ditemukan data yang sesuai diberi tanda “√” pada kolom “Ya”, dan bila tidak ditemukan diberi tanda “√” pada kolom “Tidak”.

### Karakteristik subjek penelitian

Karakteristik dokumen subjek penelitian dalam penelitian ini dikelompokkan berdasarkan usia dan kelengkapan dari dokumen, yang dimana jumlah dokumen yang digunakan adalah 2 dokumen yang dimana merupakan dokumen dari subjek studi kasus dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik. Adapun deskripsi masing-masing subjek penelitian sebagai berikut.

1. Subjek 1

Berdasarkan hasil dokumentasi didapatkan data identitas pasien dengan nomor RM : 268749, pasien berjenis kelamin perempuan berusia 47 tahun, sudah menikah, beragama hindu, pendidikan adalah SMA, tidak bekerja, berkewarganegaraan Indonesia, beralamat di Br. Karangjung Sembung. Pasien sudah dirawat selama 8 hari, pasien masuk rumah sakit melalui IGD tanggal 15 April 2018 pukul 04.54 WITA dengan kesadaran compos mentis, pernapasan 24 x/menit, nadi 110 x/menit, tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36oC dengan mengeluh nek ulun hati, mual, muntah, keringat dingin, sakit kepala, berdebar sejak tadi pagi. Riwayat keluhan/penyakit pasien saat ini nyeri kepala dan nyeri pinggang saat bergerak, pasien mengatakan lemas pada separuh tubuh kiri,dan sulit menggerakkan tubuh bagian kiri.

Keesokannya pasien dipindahkan ke ruang Intermediet pada pukul 10.30 WITA dengan kesadaran compos mentis, pernapasan 20 x/menit, nadi 69 x/menit, tekanan darah 100/60 mmHg, suhu 36,8oC, pasien di diagnosa stroke non hemoragik. Pasien dirawat diruang intermediet selama satu hari dan kemudian dipindah ke Ruang Oleg dengan kesadaran compos mentis, keadaan umum lemah, pernapasan: 21x/menit, nadi: 64x/menit, tekanan darah: 100/60mmHg, suhu:36oC dengan diagnose medis stroke non hemoragik. keluhan ketika pindah ke ruang rawat adalah nyeri kepala dan nyeri pinggang saat bergerak, pasien mengatakan lemas pada separuh tubuh kiri, sulit menggerakkan tubuh bagian kiri danpasien nampak lemas. Pasien tidak pernah mempunyai riwayat masuk rumah sakit sebelumnya, pasien tidak mempunyai riwayat operasi sebelumnya, pasien mempunyai riwayat penyakit stroke dan tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan.

Berdasarkan hasil dokumentasi didapatkan data yang telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan keadaan pasien saat itu adalah vital sign, prosedur invasif yang telah terpasang saat itu adalah infus intravena terpasang ditangan kiri pada tanggal 15 April 2018, edukasi oleh perawat diberikan kepada pasien, pasien berbicara normal, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Daerah (Bahasa Bali), tidak ditemukan hambatan ketika berkomunikasi dengan pasien dan keluarga. Kebutuhan edukasi yang diperlukan oleh pasien adalah edukasi proses penyakit, pengobatan dan terapi/obat/nutrisi.

Pemenuhan ADL pasien dibantu oleh perawat atau keluarga, pasien tidak menggunakan alat bantu, pasien ada mengeluh nyeri pada pinggang saat bergerak, nyeri skala 3. Pasien tidak mengalami penurunan berat badan, yang dimana berat badannya 65kg, tinggi badan pasien adalah 164 cm dan mengalami nafsu makan berkurang. Pasien tidak mengalami masalah pikologis seperti masalah perkawinan, mengalami kekerasan fisik, trauma dalam kehidupan, dan gangguan tidur. Pasien tinggal bersama keluarganya, pasien tidak mempunyai kebiasaan merokok dam minum alkohol, dan selalu melakukan kegiatan ibadah. Pasien memakai alat bantu pernapasan O2 3lt/menit dengan *Nasal Canule*, tidak ada masalah integritas kulit, tidak terdapat luka. Pasien tidak mengalami masalah perkemihan dan defekasi. Data hasil pengkajian medis berupa pemeriksaan fisik didapatkan bahwa skala tonus otot pada ekstremitas kanan 5, dan 1 pada ekstremitas kiri. Data penunjang berupa pemeriksaan laboratorium darah lengkap + cardiac marker, Thorax foto, CTScan, dan EKG.

1. Subjek 2

Berdasarkan hasil dokumentasi didapatkan data identitas pasien dengan nomor RM : 216673, pasien berjenis kelamin perempuan berusia 49 tahun, sudah menikah, beragama hindu, pendidikan adalah SMA, pekerjaannya swasta, berkewarganegaraan Indonesia, beralamat di Munggu, Gulingan Mengwi. Pasien sudah dirawat selama 3 hari, pasien masuk rumah sakit melalui IGD tanggal 20 April 2018 pukul 09.00 WITA dengan kesadran compos mentis, pernapasan 16 x/menit, nadi 80 x/menit, tekanan darah 150/100 mmHg, suhu 36oC dengan keluhan mengeluh kesemutan pada separuh tubuh kanan sejak kemarin pagi dan kaki kanan terasa berat. Riwayat penyakit dahulu hipertensi tidak terkontrol. Kemudian keesokan harinya pasien dipindahkan ke Ruang Oleg pukul 18.00 WITA dengan keadaan kompos mentis, pernapasan 20 x/menit, nadi 80 x/menit, tekanan darah 150/100 mmHg, suhu 36,5oC, dengan diagnosa medis stroke non hemoragik, pasien mengeluh lemas pada bagian badan sebelah kanan, kaki kanan kesemutan dan tidak bisa digerakkan, riwayat kaki kanan kesemutan sudah sejak dua bulan yang lalu. Pasien tidak pernah mempunyai riwayat masuk rumah sakit sebelumnya, pasien tidak mempunyai riwayat operasi sebelumnya, mempunyai riwayat penyakit stroke dan tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan.

Berdasarkan hasil dokumentasi didapatkan data yang telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan keadaan pasien saat itu adalah vital sign, prosedur invasif yang telah terpasang saat itu adalah infus intravena terpasang ditangan kanan pada tanggal 20 April 2018, edukasi oleh perawat diberikan kepada pasien, pasien berbicara normal, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Daerah (Bahasa Bali), tidak ditemukan hambatan ketika berkomunikasi dengan pasien dan keluarga. Kebutuhan edukasi yang diperlukan oleh pasien adalah edukasi proses penyakit, pengobatan dan terapi/obat/nutrisi.

Pemenuhan ADL pasien dibantu oleh perawat atau keluarga, pasien tidak menggunakan alat bantu, pasien tidak ada mengeluh nyeri. Pasien tidak mengalami penurunan berat badan, yang dimana berat badannya 70kg, tinggi badan pasien adalah 165 cm dan mengalami nafsu makan berkurang. Pasien tidak mengalami masalah pikologis seperti masalah perkawinan, mengalami kekerasan fisik, trauma dalam kehidupan, dan gangguan tidur. Pasien tinggal bersama keluarganya, pasien tidak mempunyai kebiasaan merokok dam minum alkohol, dan selalu melakukan kegiatan ibadah. Pasien tidak memakai alat bantu pernapasan, tidak ada masalah integritas kulit, tidak terdapat luka. Pasien tidak mengalami masalah perkemihan dan defekasi. Data hasil pengkajian medis berupa pemeriksaan fisik didapatkan bahwa skala tonus otot pada ekstremitas kanan 3, dan 5 pada ekstremitas kiri. Data penunjang berupa pemeriksaan laboratorium darah lengkap, kimia darah, CTScan, dan EKG.

### Data fokus studi kasus

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada 2 dokumen subjek penelitian berdasarkan fokus studi kasus yaitu asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik sebagai berikut.

1. Data hasil pengkajian pada pasien stroke non hemoagik yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik

Pada subjek pertama ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pinggang saat bergerak, pasien mengatakan lemas pada separuh tubuh kiri,dan sulit menggerakkan tubuh bagian kiri. Data objektif yang didapat adalah pasien tampak lemas, skala tonus otot 1 pada ekstremitas kiri, keadaan umum lemah. Pada subjek kedua ditemukan data subjektif yaitu pasien mengeluh lemas pada bagian badan sebelah kanan, kaki kanan kesemutan dan tidak bisa digerakkan. Data objektif yang didapat adalah pasien tampak lemas, skala tonus otot 3 pada ekstremitas kanan, keadaan umum lemah.

# Tabel 2

# Hasil Observasi Pengkajian Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mbilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ya | Tidak | Data tambahan |
| Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas | Enggan melakukan pergerakan | 1. Subyek kedua mengalami kesemutan pada kaki kanan |
| Kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) menurun | Merasa cemas saat bergerak |
| Sendi kaku | Gerakan tidak terkoordinasi |
| Gerakan terbatas |
| Fisik lemah |
| Nyeri saat bergerak |

1. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien stroke non hemoagik yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik

Perawat mendokumentasikan diagnosa keperawatan dengan menggunakan format *check list* dan dengan ketentuan perawat memberi tanda “√” pada kolom yang telah tersedia. Diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan diruangan menggunakan format PES *(Problem, Etiology, Sign and Symptom)*. Berdasarkan hasil dokumentasi keperawatan didapatkan diagnosa keperawatan yang dirumuskan yakni:

# Tabel 3

# Hasil Observasi Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mbilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018

|  |  |
| --- | --- |
| Subjek 1 | Subjek 2 |
| Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kurang *support* lingkungan ditandai dengan keterbatasan ROM, keterbatasan motorik kasar dan halus, dan perubahan gerakan | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kurang *support* lingkungan ditandai dengan keterbatasan ROM, keterbatasan motorik kasar dan halus, dan perubahan gerakan. |

1. Intervensi yang direncanakan pada asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Perawat mendokumentasikan proses intervensi keperawatan terhadap pasien menggunakan format rencana asuhan keperawatan berupa *check list* dan dengan ketentuan perawat memberi tanda “√” pada kolom yang telah tersedia.

* 1. Intervensi keperawatan subjek 1

Hasil pengamatan pada dokumen subjek 1 didapatkan bahwa rencana asuhan keperawatan dibagi dalam NOC dan NIC yaitu:

* + - * 1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam secara komprehensif diharapkan : gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:

1. Klien meningkat dengan aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
4. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)
   * + - 1. Intervensi

Intervensi mandiri :

1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihan respon pasien saat latihan
2. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera
3. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang tehnik ambulasi
4. Latih pasien dalam pemenuhan kebuthan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan
5. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi ADLs pasien
6. Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan
7. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan.

Intervensi kolaborasi :

* + - 1. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan
  1. Intervensi keperawatan subjek 2

Hasil pengamatan pada dokumen subjek 2 didapatkan bahwa rencana asuhan keperawatan dibagi dalam NOC dan NIC yaitu:

* + - * 1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam secara komprehensif diharapkan : gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:

1. Klien meningkat dengan aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
4. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)
   * + - 1. Intervensi

Intervensi mandiri :

1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihan respon pasien saat latihan
2. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera
3. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang tehnik ambulasi
4. Latih pasien dalam pemenuhan kebuthan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan
5. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi ADLs pasien
6. Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan
7. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan.

Intervensi kolaborasi :

1. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan

Sehingga apabila menggunakan pedoman observasi dokumentasi didapatkan sebagai berikut :

# Tabel 4

# Hasil Observasi Intervensi Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mbilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ya | Tidak | Data tambahan |
| 1 | 2 | 3 |
| Monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan | Terapi Latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi yakni, berikan latihan ROM minimal 1 kali sehari | Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera |
| Ajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga | Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhiADLs pasien |
| Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi |  | Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan |
| latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan |
| Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan |
| Ajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan. |

1. Implementasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Perawat mendokumentasikan tahap implementasi keperawatan, pelaksanaan keperawatan menggunakan format implementasi yang sesuai dengan perencanaan keperawatan berupa *check list* dan perawat memberi tanda “√” pada kolom yang telah tersedia, selanjutnya dibagian evaluasi keperawatan akan melakukan evaluasi secara formatif dengan menggunakan metode SOAP (*Subjective Objective Assessment Planning*). Proses pendokumentasian implementasi hanya dicantumkan kepalanya saja atau poin pentingnya saja, adapun implementasi yang telah dilakukan pada subjek 1 dan 2 telah terlampir.

1. Hasil evaluasi asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Evaluasi keperawatan yang digunakan diruangan adalah evaluasi yang menggunakan format SOAP, yang ditulis pada catatan perkembangan terintegrasi rawat inap. Hasil evaluasi yang didapatkan pada hari ke-3 setelah diberikan asuhan keperawatan secara komprehensif selama 3x24 jam sebagai berikut :

# Tabel 5

# Hasil Observasi Evaluasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018

|  |  |
| --- | --- |
| Subjek 1 | Subjek 2 |
| Sabtu, 20 April 2018 pukul 10.00  S : Lemas separuh tubuh (+), nyeri ulu hati (+)  O : S = 36 N = 62 T = 130/80  A : Gangguan Mobilitas Fisik  P : Lanjutkan intervensi | Selasa, 24 April 2018 pukul 19.00  S : Lemas separuh tubuh kanan (+), nyeri pada pinggang saat bergerak (+)  O : S = 36 N = 79 T = 130/90  A : Gangguan Mobilitas Fisik  P : Lanjutkan intervensi |

## Pembahasan

Bagian ini akan menguraikan tentang hasil temuan studi kasus dan keterkaitannya dengan konsep. Studi kasus ini membandingkan dua pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik terkait kesesuaian dan kesenjangan antara konsep dasar teori dan tinjauan kasus pada Ny. A dengan stroke non hemoragik dan pada Ny. S dengan stroke non hemoragik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung dengan proses keperawatan.

### Hasil pengkajian pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi keadaan pasien dan merupakan langkah pertama mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

Berdasarkan hasil studi kasus dapat disimpulkan hasil pengkajian pada subjek 1 dan subjek 2 secara garis besar terdapat kesamaan data yang didapatkan pada dokumen subjek 1 dan subjek 2. Hanya terdapat perbedaan pada data subjektif pada pasien 2 yaitu pasien mengeluh nyeri pada pinggang saat bergerak. Dari sembilan komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, enam komponen yang sudah dikaji, tiga komponen yang belum dikaji, dan terdapat satu data tambahan pada dokumen subjek 2 yakni mengeluh kesemutan pada kaki kanan. Pengkajian yang sudah terkaji sudah mengarah ke Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia sedangkan data yang tidak ditemukan tersebut yakni seperti enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan tidak terkoordinasi ini termasuk kedalam tanda dan gejala minor dari masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut peneliti sebagian data tidak muncul pada kasus tersebut dikarenakan berkaitan dengan keluhan yang dirasakan oleh pasien saat pengkajian, perbedaan keluhan yang dirasakan pasien biasanya terjadi karena faktor umur yang berbeda serta adanya komplikasi lain atau penyakit penyerta dari pasien. Selain itu, mungkin pasien mengalami tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik yang terdapat pada data mayor dan minor tetapi perawat tidak mengkaji karena acuan yang digunakan pada perawat berbeda dengan acuan yang digunakan oleh peneliti.

### Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Berdasarkan hasil studi kasus dapat disimpulkan hasil diagnosa keperawatan pada subjek 1 dan subjek 2 yakni diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh perawat pada kedua data perawatan pasien terdapat kesamaan. Hal ini dikarenakan sudah adanya acuan yang digunakan perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan Satandar Asuhan Keperawatan (SAK) di RSUD Mangusada Badung.

Berdasarkan tinjauan teori diagnosa keperawatan khususnya gangguan mobilitas fisik ditegakkan dengan pola PES *(problem, etiology, sign and symptom)*, yaitu *problem* sebagai masalah yang diangkat yakni gangguan mobilitas fisik, *etiology*  sebagai penyebab atau faktor yang berhubungan yaitu gangguan neuromuscular, dan *sign and symptom* sebagai tanda dan gejala pada data mayor dan minor yakni mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan secara objektif adalah kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan secara objektif adalah sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Terdapat 11 komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, tujuh komponen yang ditemukan dan empat komponen yang tidak ditemukan. Pada bagian *etiology* (E) terdapat perbedan antara pedoman observasi dengan dokumen pasien yang diteliti, hal ini dikarenakan acuan yang digunakan dalam penentuan *etiology* sesuai dengan Satandar Asuhan Keperawatan (SAK) di RSUD Mangusada Badung. Adapun empat komponen yang tidak ditemukan tersebut diantaranya adalah terdapat *etiology* (E) dan *sign and symptom* (S) yang tidak mencantumkan hasil yang sesuai dengan pengkajian data subjektif dan data objektif yang sudah dilakukan sebelumnya. Kesenjangan ini terjadi karena adanya perbedaan acuan yang digunakan dalam *etiology* (E) dimana diruangan masih menggunakan acuan Diagnosis Keperawatan NANDA International 2015-2017 karena kurangnya sosialisasi yang didapatkan mengenai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

### Intervensi yang direncanakan pada asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Hasil pengamatan pada dokumen subjek 1 dan dokumen subjek 2 di dapatkan bahwa tidak ada perbedaan pada rencana asuhan keperawatannya, hal ini dikarenakan perawat menggunakan format rencana asuhan keperawatan berupa *check list* yang telah terdapat beberapa intervensi pilihan untuk dijadikan standar intervensi ruangan oleh pihak rumah sakit sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan standar asuhan keperawatan di RSUD Mangusada Badung. Perawat dapat memilih rencana keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan memberi tanda “√” pada kolom yang tersedia.

Terdapat tujuh komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi pada bagian intervensi, enam komponen yang ditemukan, satu komponen yang tidak ditemukan, dan terdapat tiga data tambahan yang ditemukan dalam dokumen yang digunakan. Berdasarkan pada teori yang ada, satu komponen yang tidak muncul yaitu terapi latihan : mobilitas (pergerakan) sendi yakni, berikan latihan ROM minimal 1 kali sehari.

Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk memperbaiki atau mempertahankan tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2010). Selain itu, latihan ini juga sebagai salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke paska perawatan di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme koping penderita. Sehingga menurut peneliti, terapi latihan ROM sebaiknya dapat ditambahkan pada bagian intervensi kolaborasi dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.

Acuan yang digunakan oleh pihak rumah sakit dan peneliti sama yaitu *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan *Nursing Outcome Classification* (NOC), namun tetap terdapat beberapa perbedaan dalam penyajian namun memiliki arti yang sama dan beberapa perbedaan berupa ditemukannya data baru tersebut mungkin dikarenakan beberapa intervensi yang dipilih dalam NIC dan NOC oleh pihak rumah sakit dan peneliti berbeda sesuai dengan SAK di RSUD Mangusada Badung. Perbedaan lainnya yakni pihak rumah sakit menentukan intervensi terbagi menjadi dua yaitu secara mandiri dan kolaborasi. Terdapat ruang untuk menulis intervensi yang ingin di tambah pada bagian intervensi kolaborasi. Hal ini menunjukkan perawat dapat menambahkan intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien.

### Implementasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan mobilitas fisik

Menurut Potter & Perry (2010) implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dalam asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi adalah tindakan keperawatan merupakan aplikasi dari rencana yang telah disusun sebelumnya dimana tujuan dari pelaksanaan ini adalah memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Tindakan keperawatan dilakukan tanggal 17-24 April 2018 dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif selama 3 x 24 jam dengan metode SOAP sebagai evaluasi formatif.

Terdapat tujuh komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi di bagian implementasi namun tidak ada satupun yang ditemukan, hanya terdapat kepala atau poin pentingnya saja yaitu manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas tanpa mencantumkan tindakan yang dilakukan, sehingga tidak diketahui pada intervensi yang mana yang sudah dilakukan dan intervensi yang mana yang belum dilakukan. Menurut peneliti hal ini terjadi dikarenakan keterbatasan tenaga dan waktu perawat dalam mengimplementasikan dan mendokumentasi implementasi yang sudah atau belum dilakukan ke pasien. Implementasi yang dilakukan pada subjek pertama dan kedua sama, hanya saja yang membedakan keduanya adalah waktu.

### Hasil evaluasi asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mengalami defisit nutrisi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan atau tidaknya dari diagnosis keperawatan, intervensi, dan implementasi. Berdasarkan hasil observasi pada dokumen perawatan subjek 1 dan 2 dapat disimpulkan bahwa terdapat kesamaan pada hasil evaluasi keperawatan dengan menggunakan format catatan perkembangan terintegrasi rawat inap pasien dengan metode SOAP (*Subjective Objective Assessment Planning*), namun terdapat kesenjangan antara data hasil observasi dengan acuan teori yang digunakan dalam penelitian ini.

Terdapat empat komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi di bagian evaluasi, namun tidak ada satupun yang ditemukan sesuai dengan pedoman observasi yang digunakan. Bagian *objektive* hanya mencantumkan suhu, nadi, tekanan darah pasien, keadaan umum dan kesadaran pasien, dan bagian *subjektive* tidak muncul data yang menunjang keberhasilan dilakukannya intervensi atau kriteria hasil yang telah ditentukan. Bagian *subjektive* dan *objective* seharusnya mencantumkan tujuan dari NOC dan pada bagian planning hanya mencantumkan lanjutkan intervensi tanpa mencantumkan intervensi mana saja yang perlu diulang kembali dan dalam kurun waktu berapa lama. Sedangkan, menurut Potter & Perry (2010) evaluasi dari proses keperawatan adalah mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan serta kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan yang telah ditentukan. Kesenjangan ini terjadi disebabkan karena evaluasi yang digunakan adalah evaluasi dari respon pasien saat itu.

## Keterbatasan dan Hambatan

Keterbatasan yang dialami dalam penelitian ini menguraikan mengenai hal-hal yang menjadi penghambat dalam penelitian. Keterbatasan secara teknis terbagi menjadi dua yaitu secara metodologi dan proses. Adapaun keterbatasan dan hambatan yang dialami yakni :

Dari segi metodologi penelitian, karena penelitian ini menggunakan studi dokumentasi sehingga menyebabkan peneliti sulit untuk melakukan validasi data secara langsung terhadap pasien dan menyebabkan beberapa data tidak muncul pada proses penyusunan karya tulis ilmiah.

Dari segi proses penelitian, tidak disediakannya waktu khusus untuk melakukan penelitian dengan waktu untuk praktik lapangan sehingga menyebabkan keterbatasan waktu bagi peneliti untuk melakukan penelitian ini.

# BAB VI

# SIMPULAN DAN SARAN

## Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Tahun 2018 dapat disimpulkan bahwa:

1. Terdapat kesamaan data pengkajian keperawatan pada kedua data perawatan pasien, namun terdapat perbedaan data pengkajian keperawatan yang ada pada hasil studi kasus dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti pada pengkajian. Terdapat sembilan komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, enam komponen yang sudah dikaji, tiga komponen yang belum dikaji, dan terdapat satu data tambahan pada dokumen subjek 2.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh perawat pada kedua data perawatan pasien terdapat kesamaan. Format perumusan diagnosa keperawatan adalah dengan menggunakan PES *(Problem, Etiology, Sign and Symptom).* Penuliasan diagnosa keperawatan pada bagian *P* telah mengacu pada SDKI 2017, sedangkan bagian *E* dan *S* belum . Terdapat 11 komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi, tujuh komponen yang ditemukan dan empat komponen yang tidak ditemukan.
3. Intervensi keperawatan pada kedua data perawatan pasien sama. Intervensi yang dijadikan acuan peneliti ada sebanyak tujuh komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi pada bagian intervensi, enam komponen yang ditemukan, satu komponen yang tidak ditemukan, dan terdapat tiga data tambahan yang ditemukan dalam dokumen yang digunakan. Acuan yang digunakan oleh pihak rumah sakit dan peneliti sama, namun tetap terdapat beberapa perbedaan dalam penyajian namun memiliki arti yang sama dan beberapa perbedaan berupa ditemukannya data baru.
4. Pelaksanaan keperawatan pada kedua data perawatan pasien terdapat kesamaan pada implementasi yang didokumentasikan pada asuhan keperawatan. Terdapat tujuh komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi di bagian implementasi namun tidak ada satupun yang ditemukan, hanya terdapat kepala atau poin pentingnya saja sehingga tidak diketahui pada intervensi yang mana yang sudah dilakukan dan intervensi yang mana yang belum dilakukan.
5. Hasil evaluasi keperawatan pada kedua dokumentasi keperawatan terdapat empat komponen yang digunakan dalam pedoman observasi dokumentasi di bagian evaluasi, namun tidak ada satupun yang ditemukan sesuai dengan pedoman observasi yang digunakan. Bagian *objektive* hanya mencantumkan suhu, nadi, tekanan darah pasien, keadaan umum dan kesadaran pasien, dan bagian *subjektive* tidak muncul data yang menunjang keberhasilan dilakukannya intervensi atau kriteria hasil yang telah ditentukan.

## Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik peneliti mengalami beberapa hambatan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Selanjutnya peneliti memberikan saran demi kemajuan penelitian selanjutnya kepada:

1. Bagi Institusi Politeknik Kemenkes Denpasar

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah serta diharapkan untuk kedepannya dan terkait perlu dilakukannya penelitian lain dengan desain serta metodologi penelitian yakni menggunakan metode laporan kasus sehingga mendapatkan hasil penelitian yang lebih optimal.

1. Bagi Perawat dan Pihak RSUD Mangusada Badung

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pengembangan mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit dalam melakukan asuhan keperawatan secara komperehensif dan optimal pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik baik itu melalui perevisian Standar Asuhan Keperawatan (SAK) diruangan agar sesuai dengan *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan adanya sosialisasi lebih mendetail mengenai penggunakaan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sehingga dapat digunakan dalam merumuskan diagnosa yang akan digunakan, serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilan terhadap acuan terkini.

1. Bagi para peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan dijadikan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik dan dapat mengembangkan lebih luas variabel yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik sehingga mendapatkan data yang lebih valid.

# DAFTAR PUSTAKA

Andarmoyo, S. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. (E. A. Mardella, Ed.). Jakarta: EGC.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, 1–384. https://doi.org/1 Desember 2013

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC) sixth edition* (6th ed.). United State of America: Elsevier.

Costa, A. G. de S., Oliveira, A. R. de S., Alves, F. E. C., Chaves, D. B. R., Moreira, R. P., & de Araujo, T. L. 2010. [Nursing diagnosis: impaired physical mobility in patients with stroke]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, *44*(3), 753–758.

Hidayat, A. A. A. 2010. *Metodelogi Penelitian Kesehatan : Paradigma Kuantitif*. (M. Uliyah, Ed.) (1st ed.). Surabaya: Health Books.

KEMENKES. 2014. Info Datin. *Kemenkes Ri*, *109*(1), 5–10. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Marsh, J. D., & Keyrouz, S. G. 2010. Stroke prevention and treatment. *Journal of the American College of Cardiology*, *56*(9), 683–691. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.12.072

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (I. Nurjannah & R. D. Turnanggor, Eds.) (5th ed.). Singapura: Elsevier.

Mozaffarian, D., Benjamin, E., Go, A., Arnet, D., Blaha, M., Cushman, M., … Turner, M. 2015. Heart Disease and Stroke Statistics – At-a-Glance Heart Disease , Stroke and other Cardiovascular Diseases Heart Disease , Stroke and Cardiovascular Disease Risk Factors. *American Heart Association*, (1), 7–10. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000152.

Mubarak, Wahit & Chayatin. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik.* Jakarta: EGC

Mulyatsih, E., & Arizia, A. 2008. *Stroke: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Murtaqib. 2013. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 2, No.1, Maret 2007. *Prevention*, *2*(1), 17–23.

Muttaqin, A. 2010. *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.

Nuratif, A. H., & Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta.

Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. (P. P. Lestari, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Potter, P. A., & Perry, A. G. 2010. *Fundamental Keperawatan buku 3.* Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.

Pudiastuti, R. D. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke*. (Tayadi, Ed.). Yogyakarta.

Setiadi. 2013. *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Smeltzer, S., & Bare, B. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. (Brunner & Suddarth, Eds.) (8th ed.). Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. 2013. *KMB 2 : Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

# Lampiran 1

# HASIL OBSERVASI IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG OLEG RSUD MANGUSADA BADUNG TAHUN 2018

1. **Subyek 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hari ke-( ) / tanggal** | **Jam** | **Implementasi dan catatan perkembangan** |
| 1 | 2 | 3 |
| Hari ke-1 tanggal 17 April 2018 | 10.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Nyeri pada pinggang saat bergerak (+), lemas separuh tubuh kiri (+)  O : Kes. CM, KU lemah, TD= 100/60  S = 36,6 N = 64 ,R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 19.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Nyeri pada pinggang saat bergerak (+), lemas(+)  O : Kes. CM, KU lemah, TD= 110/80  S = 36 N = 82 , R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 07.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Nyeri pada pinggang saat bergerak (+), lemas(+)  O : Kes. CM, KU lemah, TD= 120/80,  S = 36, N = 58 , R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 1 | 2 | 3 |
| Hari ke-2 tanggal 18 April 2018 | 10.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas separuh tubuh kiri (+)  O : Kes. CM, KU lemah TD= 120/80  S = 36 N = 58 , R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 19.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas separuh tubuh kiri (+)  O : TD= 110/80, S = 36 N = 80 , R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 07.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas separuh tubuh kiri (+)  O : TD= 130/90, S = 36 N = 71, R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| Hari ke-3 tanggal 19 April 2018 | 10.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemah separuh tubuh (+)  O : TD= 130/80, S = 36  N = 72 , R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 1 | 2 | 3 |
| Hari ke-3 tanggal 19 April 2018 | 19.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas separuh tubuh (+)  O : TD= 120/80  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 07.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas (+)  O : TD= 130/90  S = 36 N = 71  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

1. **Subjek 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari ke-( ) / tanggal | Jam | Implementasi dan catatan perkembangan |
| 1 | 2 | 3 |
| Hari ke-1 tanggal 21 April 2018 | 19.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas separuh tubuh kanan (+)  O : TD= 150/100, S = 36,5 N = 80  R= 20  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 1 | 2 | 3 |
| Hari ke-1 tanggal 22 April 2018 | 07.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas(+)  O : TD= 140/80  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 10.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivitas  S : Lemas(+)  O : TD= 120/80, S = 36 N = 78, R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| Hari ke-2 tanggal 22 April 2018 | 19.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivita  S : Lemas (+)  O : TD= 130/90, S = 36,5 N = 76, R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| Hari ke-2 tanggal 23 April 2018 | 07.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivita  S : Lemas (+)  O : TD= 140/60  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 1 | 2 | 3 |
|  | 10.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivita  S : Lemas berkurang  O : TD= 130/90, S = 36 N = 74 , R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| Hari ke-3 tanggal 23 April 2018 | 19.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivita  S : Lemah berkurang  O : TD= 130/80, S = 36 N = 82, R= 20  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| Hari ke-3 tanggal 24 April 2018 | 07.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivita  S : Lemas berkurang  O : TD= 120/80  S = 36,4 N = 80  R= 20  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 10.00 | Implementasi : Manajemen mobilisasi; kelelahan, aktivita  S : Lemas berkurang  O : TD= 130/90, S = 36 N = 81, R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

# Lampiran 2

# WAKTU PELAKSANAAN KEGIATAN PENELITIAN

# GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

# DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG OLEG RSUD MANGUSADA BADUNG TAHUN 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Waktu | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feb 2018 | | | | Mar 2018 | | | | Apr 2018 | | | | Mei 2018 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | Penyusunan proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 2 | Seminar proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 3 | Revisi proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 4 | Pengurusan izin penelitian |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 5 | Pengumpulan data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6 | Analisis data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 7 | Penyusunan laporan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 8 | Sidang hasil penelitian |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 9 | Revisi laporan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 10 | Pengumpulan KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

# Lampiran 3

**REALISASI ANGGARAN BIAYA KEGIATAN PENELITIAN**

**GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

**DI RUANG OLEG RSUD MANGUSADA BADUNG**

**TAHUN 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Keterangan** | **Biaya** |
| **A** | **Tahap Persiapan** |  |
|  | Penyusunan Proposal | Rp. 300.000,00 |
|  | Penggadaan Proposal | Rp. 100.000,00 |
|  | Revisi Proposal | Rp. 100.000,00 |
| **B** | **Tahap Pelaksanaan** |  |
|  | Pengurusan Izin Penelitian | Rp. 90.000,00 |
|  | Penggandaan Lembar Pengumpulan Data | Rp. 10.000,00 |
|  | Transportasi dan Akomodasi | Rp. 150.000,00 |
|  | Pengolahan dan Analisis data | Rp. 50.000,00 |
| **C** | **Tahap Akhir** |  |
|  | Penyusunan Laporan | Rp. 100.000,00 |
|  | Penggandaan Laporan | Rp. 200.000,00 |
|  | Revisi Laporan | Rp. 100.000,00 |
|  | Biaya Tidak Terduga | Rp. 300.000,00 |
| **Total biaya** | | **Rp. 1.500.000,00** |

**Lampiran 4**

**FORMAT PENGUMPULAN DATA**

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung Tahun 2018

Kode Responden :

Tanggal Penelitian :

**Petunjuk Pengisian :**

**Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti**

**Jawablah pada kolom yang telah tersedia, dengan cara memberi tanda () pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien.**



1. **Pengkajian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | DS, DO, dan Masalah Keperawatan | Tanda dan Gejala | |
| Ya | Tidak |
| 1 | Gangguan Mobilitas Fisik |  |  |
|  | * 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas |  |  |
|  | * 1. Kekuatan otot menurun dan rentang |  |  |
|  | * 1. Nyeri saat bergerak |  |  |
|  | * 1. Enggan melakukan pergerakan |  |  |
|  | * 1. Merasa cemas saat bergerak |  |  |
|  | * 1. Sendi kaku |  |  |
|  | * 1. Gerakan tidak terkoordinasi |  |  |
|  | * 1. Gerakan terbatas |  |  |
|  | * 1. Fisik lemah |  |  |

1. **Rumusan Diagnosa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan (PES) | Observasi | |
| Ya | Tidak |
| 1 | *Problem* |  |  |
|  | Gangguan Mobilitas Fisik |  |  |
| 2 | *Etiology* |  |  |
|  | Gangguan neuromuskular |  |  |
| 3 | *Sign and symptom* |  |  |
|  | 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas |  |  |
|  | 1. Kekuatan otot menurun dan rentang |  |  |
|  | 1. Nyeri saat bergerak |  |  |
|  | 1. Enggan melakukan pergerakan |  |  |
|  | 1. Merasa cemas saat bergerak |  |  |
|  | 1. Sendi kaku |  |  |
|  | 1. Gerakan tidak terkoordinasi |  |  |
|  | 1. Gerakan terbatas |  |  |
|  | 1. Fisik lemah |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Intervensi Keperawatan (NIC) | Intervensi | |
| Ya | Tidak |
|  | Gangguan Mobilitas Fisik |  |  |
| 1. | 1. Terapi latihan: ambulansi   Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi |  |  |
| 2. | Monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan |  |  |
| 3. | Ajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga |  |  |
| 4. | Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan |  |  |
| 5. | Ajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan. |  |  |
|  | 1. Terapi Latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi yakni, berikan latihan ROM minimal 1 kali sehari |  |  |
|  | 1. Bantuan perawatan diri : IADL yakni, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan |  |  |

1. **Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Implementasi Keperawatan | Implementasi | |
| Ya | Tidak |
|  | Gangguan Mobilitas Fisik |  |  |
|  | 1. Mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi |  |  |
|  | 1. Memonitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan |  |  |
|  | 1. Mengajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga |  |  |
|  | 1. Memberikan alat bantu jika pasien membutuhkan |  |  |
|  | 1. Mengajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan |  |  |
|  | 1. Memberikan latihan ROM minimal 1 kali sehari |  |  |
|  | 1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan |  |  |

1. **Hasil Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Evaluasi | Observasi | |
| Ya | Tidak |
| 1 | Peningkatan aktivitas fisik pasien |  |  |
| 2 | Pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas |  |  |
| 3 | Pasien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah |  |  |
| 4 | Mampu mempragakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker) |  |  |

# Lampiran

# HASIL PEDOMAN STUDI DOKUMENTASI

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Oleg RSUD Mangusada Badung Tahun 2018

Tanggal Penelitian :

**Petunjuk Pengisian :**

**Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti**

**Jawablah pada kolom yang telah tersedia, dengan cara memberi tanda () pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien.**



1. **Pengkajian**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | DS, DO, dan Masalah Keperawatan | Subjek 1 | | Subjek 2 | |
| Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Gangguan Mobilitas Fisik | | | | |
|  | * 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas |  |  |  |  |
|  | * 1. Kekuatan otot menurun dan rentang |  |  |  |  |
|  | * 1. Nyeri saat bergerak |  |  |  |  |
|  | * 1. Enggan melakukan pergerakan |  |  |  |  |
|  | * 1. Merasa cemas saat bergerak |  |  |  |  |
|  | * 1. Sendi kaku |  |  |  |  |
|  | * 1. Gerakan tidak terkoordinasi |  |  |  |  |
|  | * 1. Gerakan terbatas |  |  |  |  |
|  | * 1. Fisik lemah |  |  |  |  |

1. **Rumusan Diagnosa**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan (PES) | Subjek 1 | | Subjek 2 | |
| Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | *Problem* | | | | |
|  | Gangguan Mobilitas Fisik |  |  |  |  |
| 2 | *Etiology* | | | | |
|  | Gangguan neuromuskular |  |  |  |  |
| 3 | *Sign and symptom* | | | | |
|  | 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas |  |  |  |  |
|  | 1. Kekuatan otot menurun dan rentang |  |  |  |  |
|  | 1. Nyeri saat bergerak |  |  |  |  |
|  | 1. Enggan melakukan pergerakan |  |  |  |  |
|  | 1. Merasa cemas saat bergerak |  |  |  |  |
|  | 1. Sendi kaku |  |  |  |  |
|  | 1. Gerakan tidak terkoordinasi |  |  |  |  |
|  | 1. Gerakan terbatas |  |  |  |  |
|  | 1. Fisik lemah |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Intervensi Keperawatan (NIC) | Subjek 1 | | Subjek 2 | |
| Ya | Tidak | Ya | Tidak |
|  | Gangguan Mobilitas Fisik | | | | |
| 1. | * 1. Terapi latihan: ambulansi   Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi |  |  |  |  |
| 2. | Monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan |  |  |  |  |
| 3. | Ajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga |  |  |  |  |
| 4. | Berikan alat bantu jika pasien membutuhkan |  |  |  |  |
| 5. | Ajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan. |  |  |  |  |
|  | * 1. Terapi Latihan : Mobilitas (pergerakan) sendi yakni, berikan latihan ROM minimal 1 kali sehari |  |  |  |  |
|  | * 1. Bantuan perawatan diri : IADL yakni, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan |  |  |  |  |

1. **Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Implementasi Keperawatan | Subjek 1 | | Subjek 2 | |
| Ya | Tidak | Ya | Tidak |
|  | Gangguan Mobilitas Fisik | | | | |
|  | 1. Mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi |  |  |  |  |
|  | 1. Memonitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan dan melihat respon pasien saat latihan |  |  |  |  |
|  | 1. Mengajarkan teknik Ambulasi & perpindahan yang aman kepada klien dan keluarga |  |  |  |  |
|  | 1. Memberikan alat bantu jika pasien membutuhkan |  |  |  |  |
|  | 1. Mengajarkan pasien begaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan |  |  |  |  |
|  | 1. Memberikan latihan ROM minimal 1 kali sehari |  |  |  |  |
|  | 1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan |  |  |  |  |

1. **Hasil Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Evaluasi | Subjek 1 | | Subjek 2 | |
| Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Peningkatan aktivitas fisik pasien |  |  |  |  |
| 2 | Pasien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas |  |  |  |  |
| 3 | Pasien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah |  |  |  |  |
| 4 | Mampu mempragakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker) |  |  |  |  |

# Lampiran 6

# FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG OLEG RSUD MANGUSADA BADUNG TAHUN 2018

1. **Pengkajian Keperawatan**
2. Subjek 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.1.0/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **PENGKAJIAN RAWAT INAP TERINTEGRASI DEWASA** | | Nama : Ny. A  Tgl lahir :  No. RM : 268749 |
| Tgl: 17 April 2018 Sumber data: pasien dan keluarga Ruangan: Oleg | | | |
| **IDENTITAS PASIEN** | | **KEADAAN UMUM** | |
| Agama: Hindu  Pendidikan: SMA  Pekerjaan: Tidak ada  Kewarganegaraan: WNI  Alamat saat ini: Br. Karangjung Sembung | | Kesadaran: CM  Pernapasan: 21x/menit, Nadi: 64x/menit  Tekanan darah: 100/60mmHg,Suhu:36,6oC | |
| **RIWAYAT KEPERAWATAN** | | | |
| Keluhan utama saat MRS :  Nek ulu hati, mual, muntah, keringat dingin, sakit kepala, berdebar. | | | |
| Diagnosa medis saat ini: SNH | | | |
| Riwayat keluhan/penyakit saat ini :  Nyeri kepala dan nyeri pinggang saat bergerak, pasien mengatakan lemas pada separuh tubuh kiri, sulit menggerakkan tubuh bagian kiri dan pasien nampak lemas. | | | |
| Riwayat penyakit terdahulu:   1. Riwayat MRS sebelumnya (tidak) 2. Riwayat dioperasi (tidak) 3. Riwayat penyakit (Stroke) 4. Riwayat alergi (tidak ada) | | | |
| **OBSERVASI (yang relevan telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan kondisi pasien saat ini )**  Vital sign√ | | | |
| **PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)**  Infus intravena √ terpasang ditangan kiri pada tanggal 15/04/2018 | | | |
| **KEBUTUHAN KOMUNIKASI DAN PENGAJARAN**  Edukasi diberikan kepada (pasien dan keluarga)  Bicara (normal)  Bahasa sehari-hari (Bahasa Daerah)  Perlu peterjemah (tidak)  Hambatan penerimaan edukasi (tidak ada) | | | |
| **Kebutuhan edukasi :**  (proses penyakit) (pengobatan) (terapi/obat/nutrisi) | | | |
| **KETERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAAKAN ADL (Activity Daily Living)**  Personal hygiene (dibantu)  Toileting (dibantu)  Berpakaian (dibantu)  Makan/minum (dibantu)  Mobilisasi (dibantu) | | | |
| **NYERI/KENYAMANAN**  Nyeri (ada)  Lokasi : (pinggang)  Intensitas (0-10): (3) | | | |
| **SKRINING STATUS NUTRISI**  Berat badan biasanya: 65kg, Berat badan sekarang: 65kg, Tinggi badan: 164cm  Apakah berat badan anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan?  Tidak 0  Ya, bila ya berapa penurunan berat badan anda?  01-05 kg 1  06-10kg 2  11-15kg 3  >15kg 4  Apakah nafsu makan berkurang?  Tidak 0  Ya 1  Total Skor  Keterangan:  Nilai MST: Resiko rendah (MST= 0-1), resiko sedang (MST= 2-3), resiko tinggi (MST= 4-5)  Bila resiko rendah dilakukan skrining setiap 7 hari, bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjutan oleh ahli gizi. Resiko tinggi dikaji lanjutan oleh dr. Gizi klinik | | | |
| **PSIKOLOGIS**  Masalah perkawinan: (tidak ada)  Mengalami kekerasan fisik: (tidak ada)  Trauma dalam kehidupan: (tidak ada)  Gangguan tidur: (tidak ada)  Konsultasi dengan psikologi/psikiater: (tidak ada) | | | |
| **SOSIAL SPIRITUAL**  Status pernikahan: (menikah) Tinggal bersama keluarganya: (ya) √ (tidak)  Riwayat kebiasaan: (tidak ada)  Kegiatan beribadah: (selalu)  Perlu rohanian: (tidak) | | | |
| **PERNAPASAN**  Kesulitan bernapas: (ya) memakai O2 3lt/menit dengan Nasal Canule | | | |
| **INTEGRITAS KULIT/LUKA**  Tidak ada masalah  Luka: (tidak ada) √ (ada) Lokasi: - Catatan: - | | | |
| **ELIMINASI**  Masalah perkemihan: (tidak ada)  Masalah defekasi: (tidak ada) | | | |
| **PENGKAJIAN MEDIS**  Pemeriksaan fisik : didapatkan bahwa skala tonus otot pada ekstremitas kanan 5, dan 1 pada ekstremitas kiri.  Data penunjang : berupa pemeriksaan laboratorium darah lengkap + cardiac marker, Thorax foto, CTScan, dan EKG. | | | |

1. Subjek 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.1.0/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **PENGKAJIAN RAWAT INAP TERINTEGRASI DEWASA** | | Nama : Ny. S  Tgl lahir :  No. RM : 216673 |
| Tgl: 21 April 2018 Sumber data: pasien dan keluarga Ruangan: Oleg | | | |
| **IDENTITAS PASIEN** | | **KEADAAN UMUM** | |
| Agama: Hindu  Pendidikan: SMA  Pekerjaan: Tidak ada  Kewarganegaraan: WNI  Alamat saat ini: Munggu, Gulingan Mengwi | | Kesadaran: CM  Pernapasan: 20x/menit, Nadi: 80x/menit  Tekanan darah: 150/100mmHg,Suhu:36,5oC | |
| **RIWAYAT KEPERAWATAN** | | | |
| Keluhan utama saat MRS :  Mengeluh kesemutan pada separuh tubuh kanan sejak kemarin pagi dan kaki kanan terasa berat | | | |
| Diagnosa medis saat ini: SNH | | | |
| Riwayat keluhan/penyakit saat ini :  Mengeluh lemas pada bagian badan sebelah kanan, kaki kanan kesemutan dan tidak bisa digerakkan, riwayat kaki kanan kesemutan sudah sejak dua bulan yang lalu | | | |
| Riwayat penyakit terdahulu:   1. Riwayat MRS sebelumnya (tidak) 2. Riwayat dioperasi (tidak) 3. Riwayat penyakit (Stroke) 4. Riwayat alergi (tidak ada) | | | |
| **OBSERVASI (yang relevan telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan kondisi pasien saat ini )**  Vital sign√ | | | |
| **PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)**  Infus intravena √ terpasang ditangan kanan pada tanggal 20/04/2018 | | | |
| **KEBUTUHAN KOMUNIKASI DAN PENGAJARAN**  Edukasi diberikan kepada (pasien dan keluarga)  Bicara (normal)  Bahasa sehari-hari (Bahasa Daerah)  Perlu peterjemah (tidak)  Hambatan penerimaan edukasi (tidak ada) | | | |
| **Kebutuhan edukasi :**  (proses penyakit) (pengobatan) (terapi/obat/nutrisi) | | | |
| **KETERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAAKAN ADL (Activity Daily Living)**  Personal hygiene (dibantu)  Toileting (dibantu)  Berpakaian (dibantu)  Makan/minum (dibantu)  Mobilisasi (dibantu) | | | |
| **NYERI/KENYAMANAN**  Nyeri (tidak ada)  Lokasi : (tidak ada)  Intensitas (0-10): (tidak ada)  Jenis: (tidak ada) | | | |
| **SKRINING STATUS NUTRISI**  Berat badan biasanya: 70kg, Berat badan sekarang: 70kg, Tinggi badan: 165cm  Apakah berat badan anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan?  Tidak 0  Ya, bila ya berapa penurunan berat badan anda?  01-05 kg 1  06-10kg 2  11-15kg 3  >15kg 4  Apakah nafsu makan berkurang?  Tidak 0  Ya 1  Total Skor  Keterangan:  Nilai MST: Resiko rendah (MST= 0-1), resiko sedang (MST= 2-3), resiko tinggi (MST= 4-5)  Bila resiko rendah dilakukan skrining setiap 7 hari, bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjutan oleh ahli gizi. Resiko tinggi dikaji lanjutan oleh dr. Gizi klinik | | | |
| **PSIKOLOGIS**  Masalah perkawinan: (tidak ada)  Mengalami kekerasan fisik: (tidak ada)  Trauma dalam kehidupan: (tidak ada)  Gangguan tidur: (tidak ada)  Konsultasi dengan psikologi/psikiater: (tidak ada) | | | |
| **SOSIAL SPIRITUAL**  Status pernikahan: (menikah) Tinggal bersama keluarganya: (ya) √ (tidak)  Riwayat kebiasaan: (tidak ada)  Kegiatan beribadah: (kadang)  Perlu rohanian: (tidak) | | | |
| **PERNAPASAN**  Kesulitan bernapas: (tidak ada) | | | |
| **INTEGRITAS KULIT/LUKA**  Tidak ada masalah  Luka: (tidak ada) √ (ada) Lokasi: - Catatan: - | | | |
| **ELIMINASI**  Masalah perkemihan: (tidak ada)  Masalah defekasi: (tidak ada) | | | |
| **PENGKAJIAN MEDIS**  Pemeriksaan fisik : didapatkan bahwa skala tonus otot pada ekstremitas kiri 5, dan 3 pada ekstremitas kanan.  Data penunjang : berupa pemeriksaan laboratorium darah lengkap, kimia darah, CTScan, dan EKG. | | | |

1. **Intervensi Keperawatan**
2. Subjek 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.3/IRNA-IRIT** | | | | |
|  | **RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN** | | Nama : Ny. A  Tgl Lahir : L/P  No RM : 268749 | |
| **Ruangan**: Oleg | | | Tgl : 17 April 2018 Jam : 09.00 | |
| **Tanggal** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** | **NAMA/TD** |
| 17/4/2018 | **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan:**  Gangguan metabolisme sel  Keterlambatan perkembangan  Pengobatan   * Kurang support lingkungan   Keterbatasan ketahanan kardiovasculer  Kehilangan integritas struktur tulang  Terapi pembatasan gerak  Kurang pengetahuan tentang kegunaan peragaan fisik  Indeks masa tubuh diatas 75 tahun percentil sesuai dengan usia  **Ditandai dengan :**  **Data obyektif**  Penurunan waktu reaksi  Kesulitan merubah posisi  Perubahan gerakan (penurunan untuk berjalan, kecepatan, kesulitan memulai langkah pendek)  Keterbatasan motorik kasar dan halus  Keterbatasan ROM | **Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam secara koperhensif diharapkan: gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :\**  Klien meningkat dalam aktivitas fisik  Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas  Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah  Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)  ..................................................  ................................................ | **Mandiri :**  Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan  Bantu klien untuk menggunakan tongkat dsst berjalan dan cegah terhadap cedera  Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang tehnik ambulasi  Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi  Latih pasien dalam pemenuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan  Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi ADLs pasien  Berikan alat bantu jika memerlukan  Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan  ......................................  .......................................  **Kolaborasi :**   * Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan   ........................................  ........................................ |  |

1. Subyek 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.3/IRNA-IRIT** | | | | |
|  | **RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN** | | Nama : Ny. S  Tgl Lahir : L/P  No RM : 216673 | |
| **Ruangan**: Oleg | | | Tgl : 21 April 2018 Jam : 18.30 | |
| **Tanggal** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** | **NAMA/TD** |
| 21/4/2018 | **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan:**  Gangguan metabolisme sel  Keterlambatan perkembangan  Pengobatan   * Kurang support lingkungan   Keterbatasan ketahanan kardiovasculer  Kehilangan integritas struktur tulang  Terapi pembatasan gerak  Kurang pengetahuan tentang kegunaan peragaan fisik  Indeks masa tubuh diatas 75 tahun percentil sesuai dengan usia  **Ditandai dengan :**  **Data obyektif**  Penurunan waktu reaksi  Kesulitan merubah posisi  Perubahan gerakan (penurunan untuk berjalan, kecepatan, kesulitan memulai langkah pendek)  Keterbatasan motorik kasar dan halus  Keterbatasan ROM | **Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam secara koperhensif diharapkan: gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :**  Klien meningkat dalam aktivitas fisik  Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas  Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah  Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)  ..................................................  ................................................ | **Mandiri :**  Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan  Bantu klien untuk menggunakan tongkat dsst berjalan dan cegah terhadap cedera  Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang tehnik ambulasi  Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi  Latih pasien dalam pemenuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan  Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi ADLs pasien  Berikan alat bantu jika memerlukan  Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan  ......................................  .......................................  **Kolaborasi :**   * Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan   ........................................  ........................................ |  |

1. **Implementasi keperawatan**
2. Subjek 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.4/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN IMPLEMENTASI RAWAT INAP** | | Nama : Ny. A  Tgl lahir :  No.RM :268749 |
| **Ruangan: Oleg Diagnosis : SNH Lembar** : 1 | | | |
| **TGL/JAM/SHIF** | **IMPLEMENTASI**  **(Sesuai dengan perencanaan keperawatan)** | **PARAF/ NAMA** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** |
| 17/04/2018  10.00  Shift Pagi | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Nyeri pada pinggang saat bergerak (+), lemas separuh tubuh kiri (+)  O : Kes. CM, KU lemah  TD= 100/60  S = 36,6 N = 64  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 17/04/2018  19.00  Shift Sore | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Nyeri pada pinggang saat bergerak (+), lemas(+)  O : Kes. CM, KU lemah  TD= 110/80  S = 36 N = 82  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 17/04/2018  07.00  Shift Malam | Manajemen personal hgiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Nyeri pada pinggang saat bergerak (+), lemas(+)  O : Kes. CM, KU lemah  TD= 120/80  S = 36 N = 58  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.4/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN IMPLEMENTASI RAWAT INAP** | | Nama : Ny.A  Tgl lahir :  No.RM :268749 |
| **Ruangan: Oleg Diagnosis : SNH Lembar** : 1 | | | |
| **TGL/JAM/SHIF** | **IMPLEMENTASI**  **(Sesuai dengan perencanaan keperawatan)** | **PARAF/ NAMA** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** |
| 18/04/2018  10.00  Shift Pagi | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas separuh tubuh kiri (+)  O : Kes. CM, KU lemah  TD= 120/80  S = 36 N = 58  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 18/04/2018  19.00  Shift Sore | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas separuh tubuh kiri (+)  O : TD= 110/80  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 17/04/2018  07.00  Shift Malam | Manajemen personal hgiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas separuh tubuh kiri (+)  O : TD= 130/90  S = 36 N = 71  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.4/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN IMPLEMENTASI RAWAT INAP** | | Nama : Ny.A  Tgl lahir :  No.RM :268749 |
| **Ruangan: Oleg Diagnosis : SNH Lembar** : 1 | | | |
| **TGL/JAM/SHIF** | **IMPLEMENTASI**  **(Sesuai dengan perencanaan keperawatan)** | **PARAF/ NAMA** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** |
| 19/04/2018  10.00  Shift Pagi | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemah separuh tubuh (+)  O : TD= 130/80  S = 36 N = 72  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 19/04/2018  19.00  Shift Sore | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas separuh tubuh (+)  O : TD= 120/80  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 20/04/2018  07.00  Shift Malam | Manajemen personal hgiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas (+)  O : TD= 130/90  S = 36 N = 71  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

1. Subjek 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.4/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN IMPLEMENTASI RAWAT INAP** | | Nama : Ny. S  Tgl lahir :  No.RM :216673 |
| **Ruangan: Oleg Diagnosis : SNH Lembar** : 1 | | | |
| **TGL/JAM/SHIF** | **IMPLEMENTASI**  **(Sesuai dengan perencanaan keperawatan)** | **PARAF/ NAMA** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** |
| 21/04/2018  19.00  Shift Sore | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas separuh tubuh kanan (+)  O : TD= 150/100  S = 36,5 N = 80  R= 20  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 22/04/2018  07.00  Shift Malam | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas(+)  O : TD= 140/80  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 22/04/2018  07.00  Shift Pagi | Manajemen personal hgiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas(+)  O : TD= 120/80  S = 36 N = 78  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.4/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN IMPLEMENTASI RAWAT INAP** | | Nama : Ny.A  Tgl lahir :  No.RM :268749 |
| **Ruangan: Oleg Diagnosis : SNH Lembar** : 1 | | | |
| **TGL/JAM/SHIF** | **IMPLEMENTASI**  **(Sesuai dengan perencanaan keperawatan)** | **PARAF/ NAMA** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** |
| 22/04/2018  19.00  Shift Sore | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas (+)  O : TD= 130/90  S = 36,5 N = 76  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 23/04/2018  07.00  Shift Malam | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas (+)  O : TD= 140/60  S = 36 N = 80  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 23/04/2018  10.00  Shift Pagi | Manajemen personal hgiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas berkurang  O : TD= 130/90  S = 36 N = 74  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM. 4.4/IRNA-IRIT** | | | |
|  | **CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN IMPLEMENTASI RAWAT INAP** | | Nama : Ny.A  Tgl lahir :  No.RM :268749 |
| **Ruangan: Oleg Diagnosis : SNH Lembar** : 1 | | | |
| **TGL/JAM/SHIF** | **IMPLEMENTASI**  **(Sesuai dengan perencanaan keperawatan)** | **PARAF/ NAMA** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** |
| 23/04/2018  19.00  Shift Sore | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemah berkurang  O : TD= 130/80  S = 36 N = 82  R= 20  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 24/04/2018  07.00  Shift Malam | Manajemen personal hygiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas berkurang  O : TD= 120/80  S = 36,4 N = 80  R= 20  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |
| 24/04/2018  10.00  Shift Pagi | Manajemen personal hgiene  Manajemen eliminasi: retensi urin, diare, konstipasi  Manajemen mobilisasi: kelelahan, aktivitas  Manajemen perawatan luka  Manajemen kebutuhan cairan  Manajemen kebersihan jalan napas  Manajemen keselamatan pasien  Manajemen nyeri: akut, kronis  Manajemen nutrisi  Manajemen kebutuhan oksigen  Manajemen pencegahan infeksi  Manajemen psikologis: body image, cemas, takut, kehilangan & kematian  Manajemen pengaturan suhu tubuh  Manajemen pemberian edukasi  Manajemen cardio pulmuno  Manajemen perfusi jaringan: cerebri, integritas kulit  Manajemen istirahat dan tidur |  | S : Lemas berkurang  O : TD= 130/90  S = 36 N = 81  R= 21  A : Gangguan mobilitas fisik  P : Terapi lanjut |

1. **Evaluasi Keperawatan**
2. Subjek 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM.4.2.0/IRNA-IRIT** | | | | | | |
|  | | **CATATAN PERKEMBANGAN TERINTEGRASI RAWAT INAP** | | | **Nama : Ny. A**  **Tgl lahir :**  **No.RM :** | |
| **Ruangan: Oleg Lembar :** | | | | | | |
| **HARI/ TGL** | **JAM** | | **PROFESI** | **CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN (SOAP)** | | **NAMA JELAS/ PARAF** |
| Sabtu, 20 April 2018 | 10.00 | | Perawat | S : Lemas separuh tubuh (+), nyeri ulu hati (+)  O : S = 36 N = 62 T = 130/80  A : Gangguan Mobilitas Fisik  P : Lanjutkan intervensi | |  |

1. Subjek 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSUD BADUNG RM.4.2.0/IRNA-IRIT** | | | | | | |
|  | | **CATATAN PERKEMBANGAN TERINTEGRASI RAWAT INAP** | | | **Nama : Ny. S**  **Tgl lahir :**  **No.RM :** | |
| **Ruangan : Oleg Lembar :** | | | | | | |
| **HARI/ TGL** | **JAM** | | **PROFESI** | **CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN (SOAP)** | | **NAMA JELAS/ PARAF** |
| Selasa, 24 April 2018 | 19.00 | | Perawat | S : Lemas separuh tubuh kanan (+), nyeri pada pinggang saat bergerak (+)  O : S = 36 N = 79 T = 130/90  A : Gangguan Mobilitas Fisik  P : Lanjutkan intervensi | |  |

