



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PRAKTIK RESIDENSI KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK
MENGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI ROY DI
RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

KARYA ILMIAH AKHIR

**DENY PRASETYANTO
1706006763**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SPESIALIS KEPERAWATAN
DEPOK
2020**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PRAKTIK RESIDENSI KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK
MENGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI ROY DI
RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

KARYA ILMIAH AKHIR

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ners Spesialis Keperawatan Medikal Bedah**

**DENY PRASETYANTO
1706006763**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2020**

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 21 Juli 2020

Deny Prasetyanto

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Deny Prasetyanto

NPM : 1706006763

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

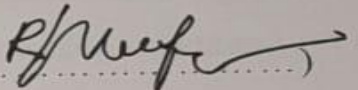
Karya Ilmiah Akhir Spesialis ini diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Deny Prasetyanto
NPM : 1706006763
Program Studi : Spesialis Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Praktik Residensi Keperawatan Medikal
Bedah Pada Pasien Stroke Hemoragic Menggunakan
Pendekatan Model Adaptasi Roy di RSUPN dr. Cipto
Mangunkusumo Jakarta

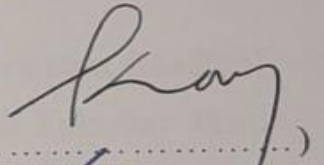
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Ujian Sidang Karya Ilmiah Akhir dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada Program Pendidikan Ners Spesialis, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

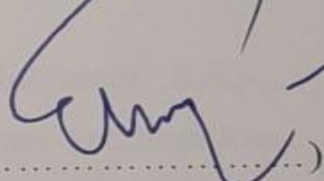
Penguji I : Prof. Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc

()

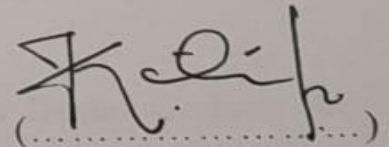
Penguji II : I Made Kariasa, S.Kp., M.M., M.Kep., Sp.Kep.MB

()

Penguji III : M.G. Enny Mulyatsih, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.MB

()

Penguji IV : Kartini, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.MB

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas berkah dan limpahan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Ners Spesialis, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Prof. Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc. selaku *supervisor* utama yang banyak memberikan masukan, arahan, bimbingan, dan motivasi selama proses bimbingan karya ilmiah akhir ini;
- (2) Bapak I Made Kariasa, S.Kp., M.M., M.Kep., Sp.Kep. MB, selaku *supervisor* yang telah memberikan masukan dan bimbingan selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.
- (3) Agus Setiawan, S.Kp., M.N., D.N selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang memberikan dukungan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.
- (4) Sri Yona, S.Kp., M.N., Ph.D selaku Ketua Program Studi Keperawatan Medikal Bedah yang memberikan dukungan untuk menempuh pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.
- (5) Ibu Kartini S.Kp., M.Kep., Sp.Kep. MB dan Ibu M.G. Enny Mulyatsih, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep., MB selaku pembimbing klinik dan penguji yang memberikan masukan dan arahan dalam menyempurnakan karya ilmiah akhir ini agar menjadi lebih baik.
- (6) Ibu Yunisar Gultom, S.Kp., MCIN selaku Penanggung Jawab Diklat Gedung A RSCM atas semua bimbingannya selama proses residensi.
- (7) Seluruh dosen dan staf Magister Keperawatan FIK UI yang telah ikut berpartisipasi selama proses penulisan;
- (8) Almarhum bapak, ibu dan serta keluarga yang telah memberikan dukungan material dan moral serta menjadi sumber inspirasi untuk sampai pada tahap ini;
- (9) Istri dan anak yang selalu mendukung dari awal kuliah sampai detik ini;

(10) Rekan-rekan seperjuangan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah tahun 2019 yang telah mencurahkan dukungan dan motivasi selama proses penulisan.

Akhir kata, kiranya Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

Depok,

Deny Prasetyanto

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Deny Prasetyanto
NPM : 1706006763
Program Studi : Ners Spesialis Keperawatan
Fakultas : Keperawatan Medikal Bedah
Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalti-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Analisis Praktek Residensi Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Stroke
Hemoragik Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy Di RSUPN dr. Cipto
Mangunkusumo Jakarta**

Beserta perangkat lunak yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal :

Yang menyatakan

Deny Prasetyanto

NERS SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Analisis Praktek Residensi Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Stroke Hemoragik Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy Di RSUPN dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta

Deny Prasetyanto
2019

Abstrak

Praktek residensi keperawatan pada sistem neurologi dituntut mampu memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif, menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) serta mampu berperan sebagai innovator di ruang perawatan. Pemberi asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan model adaptasi Roy pada pasien stroke hemoragik dan 30 pasien lainnya dengan berbagai gangguan system neurologi. Perilaku maladaptif paling banyak adalah mode adaptasi fisiologi. Penerapan EBN *Pelvis Stability Training (PST)* pada lima pasien stroke menunjukkan keefektifan dalam meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL melalui kestabilan keseimbangan panggul pada pasien stroke. Program inovasi keperawatan berupa penerapan program pencegahan kejadian jatuh pada pasien neurologi di rawat inap.

Kata kunci: stroke hemoragik, gangguan neurologi, pencegahan jatuh, *Pelvis Stability Training (PST)*, model adaptasi Roy

NURSE SPECIALIST OF MEDICAL SURGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITAS INDONESIA

Analysis of Medical Surgical Nursing Residency Practice in Hemorrhagic Stroke Patients Using Roy's Adaptation Model Approach at RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Hospital in Jakarta

Deny Prasetyanto
2019

Abstract

Nursing residency practice in the neurology system is demanded to be able to provide comprehensive nursing care, implementation of Evidence Based Nursing (EBN) and be able to act as an innovator in the treatment room. Nursing care was performed using Roy's adaptation model approach in hemorrhagic stroke patients and 30 other patients with various neurological system disorders. Maladaptive behavior is the most common mode of physiological adaptation. The implementation of EBN Pelvis Stability Training (PST) in five stroke patients showed effectiveness in increasing movement control, pelvic muscle strength, walking speed, and ADL through stability in pelvic balance in stroke patients. The nursing innovation program is in the form of a fall prevention program in neurology patients hospitalized.

Keywords: hemorrhagic stroke, neurological disorders, fall prevention, Pelvis Stability Training (PST), Roy's adaptation model

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan	5
1.3. Manfaat Penelitian.....	5
1.4. Sistematika Penulisan	6
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	 7
2.1. Tinjauan Pustaka stroke	7
2.1.1 Anatomi fisiologi.....	7
2.1.2 Definisi	9
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Patofisiologi.....	14
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	15
2.1.6 Komplikasi.....	17
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.1.8 Penatalaksanaan.....	18
2.2 Konsep Adaptasi Menurut Sister Callista Roy	19
2.2.1 Teori Adaptasi Sister Callista Roy	19
2.2.2 Konsep Sentral Adaptasi Callista Roy.....	19
2.2.3 Sistem Adaptasi Roy	20
2.2.4 Proses Keperawatan Menurut Roy	23
2.3 Laporan kasus kelolaan	25
2.4 Gambaran 30 Resume	39
 BAB 3 EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE, PROYEK INOVASI	 40
3.1. <i>Evidence based nursing practice</i>	40
3.2. Proyek Inovasi	53
 BAB 4 PEMBAHASAN KASUS, EBN, DAN INOVASI	 70
4.1 Pembahasan Kasus Kelolaan	70
4.2 Pembahasan Resume	73
4.3 Pembahasan <i>Evidence based nursing practice</i>	76
4.4 Pembahasan Inovasi	82

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	85
5.1 Kesimpulan.....	85
5.2. Saran	85

Daftar Pustaka
Lampiran

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Angiografi serebral	7
Gambar 2.2 Angiografi Arteri Vertebra kanan.....	8
Gambar 2.3 Angiografi serebral ACA.....	9
Gambar 2.4 Tomografi nonkontras otak.....	13
Gambar 2.5 Tomografi perdarahan subaraknoid.....	14
Gambar 2.6 Arteri karotis interna Kiri	15
Gambar 2.7 Algoritma stroke Hemoragik	17
Gambar 2.8 Model teori adaptasi Roy.....	23
Gambar 2.9 CT scan kasus kelolaan.....	26
Gambar 2.10 Foto Thorak kasus kelolaan	27

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisis PICO	43
Tabel 3.2 Pertanyaan telaah Kritis.....	44
Tabel 3.3 Waktu Pelaksanaan EBN.....	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Resume kasus neurologi

Lampiran 2 SOP *Pelvis Stability Training*

Lampiran 3 Intrument Inovasi

Lampiran 4 Outline Video inovasi

BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab 1 akan dijelaskan dasar dalam pemilihan kasus kelolaan, pemilihan teori dan konsep keperawatan yang diterapkan, EBN, inovasi tujuan, manfaat dan sistematika dalam penulisan.

1.1 Latar Belakang

Keperawatan merupakan profesi yang berpedoman pada teori dan praktik dimana sebuah teori keperawatan akan memandu praktik dari perawat ketika menjelaskan nilai dan kepercayaan dari proses kesehatan dan kesadaran dalam pendekatan merawat pasien (Younas, A., & Quennell, S., 2019). Selain itu keperawatan juga merupakan bagian dari pelayanan profesional yang terintergrasi dalam tatanan pelayanan kesehatan (International Council of Nurses, 2017). Seorang perawat profesional harus mempunyai nilai, tanggung jawab, kewenangan dan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada jenjang general, spesialis dan spesialis konsultan. Dalam menjalankan tugas sebagai profesional, perawat dituntut terus meningkatkan kemampuan dalam rangka optimalisasi pemberian asuhan keperawatan baik dengan cara pendidikan maupun pelatihan berkelanjutan. Sehingga dalam menjalankan asuhan keperawatan akan meningkatkan mutu dari pelayanan profesi sesuai dengan perkembangan dari keilmuan dan teknologi.

Pendidikan spesialis keperawatan merupakan bentuk pendidikan berkelanjutan dalam profesi keperawatan, dimana dijelaskan dalam UU NO. 38 tahun 2014 bahwa pendidikan spesialis adalah pendidikan profesi yang akan ditempuh setelah pendidikan megister keperawatan. Salah satu pendidikan spesialisnya adalah peminatan medikal bedah peminatan pada kekhususan neurologi yang pada pembahasan kali ini termasuk didalamnya kasus stroke. Mahasiswa residensi keperawatan medikal bedah peminatan neurologi dituntut untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan berpegang pada teori, dan praktik dan pengalaman. Selama proses residensi diharapkan akan menghasilkan perawat spesialis neurologi yang mampu memberikan kontribusi yang maksimal serta untuk memastikan praktik keperawatan yang berkualitas tinggi dengan

menerapkan peran sebagai pendidik dan ahli klinis yang profesional, etis dan sosiokultural melalui peran suportif dan konsultatif untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengadvokasi perubahan kebijakan untuk mengembangkan profesi perawat secara keseluruhan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan (Deloria, 2019).

Penulisan Karya ilmiah akhir merupakan bentuk laporan dari praktik spesialis keperawatan medikal bedah kekhususan neurologi. Pelaksanaan praktik spesialis keperawatan medikal bedah ini dilaksanakan selama 2 (dua) semester terhitung dari bulan september 2019 sampai bulan Juni 2020 di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta. Pada pelaksanaan praktik residensi ini berpedoman pada peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan secara holistik, kompleks, serta menerapkan riset khususnya di keperawatan medikal bedah dan menerapkan kolaborasi tim medis, keluarga dengan mempertimbangkan aspek etik dan legal.

Dalam pelaksanaan residen keperawatan, penulis membuat laporan asuhan keperawatan dengan kasus kelolaan utama stroke dan laporan 30 kasus resume. Dalam penerapan asuhan keperawatan residensi menggunakan pendekatan adaptasi Callista Roy. Pada teori ini asuhan keperawatan dapat dilihat dari individu, keluarga, kelompok serta masyarakat dengan menggunakan pendekatan *holistic adaptive system* dimana semua aspek dipandang sebagai satu kesatuan. Roy juga menjelaskan dimana proses internal dari sebuah sistem adaptasi bisa dilihat dari sistem efektor yang terdiri dari 4 mode adaptasi. Mode adaptasi ini yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran serta interdependensi (Alligood & Tomey, 2010).

Berdasarkan keadaan pasien di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM), maka penulis tertarik dalam memilih teori adaptasi Roy ini untuk diterapkan pada pasien stroke. Di Amerika Serikat menurut Heart Disease and Stroke Statistics (2017) kejadian stroke menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang, dalam rata-rata setiap 40 detik seseorang mengalami stroke dan setiap 4 menit seseorang meninggal akibat stroke (Roger et al., 2017). Stroke adalah penyebab kematian utama ketiga di negara maju, dimana 10 sampai 12% dari semua kematian disebabkan oleh stroke dengan angka kematian kasar 50 hingga 100/100000 pasien (Hutajulu et al., 2015).

Fenomena di Indonesia, Saat ini menjadi negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Prevalensi stroke di Sumatera Barat sedikit lebih tinggi dari prevalensi nasional dengan prevalensi 12,2%.⁵ (Riskesdas, 2013). Penyakit stroke juga menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4%. Tahun 2007 prevalensinya berkisar pada angka 8,3% sementara pada tahun 2013 meningkat menjadi 12,1%. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes). Prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur, terlihat dari kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2% (Riskesdas, 2013).

Data pada RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM) menunjukkan penderita stroke sebanyak 384 dimana yang menjalani rawat inap sebesar 71,4% pada tahun 2014 merupakan penderita stroke iskemik. Berdasarkan data yang didapatkan dari RSCM pada bulan Januari sampai Desember pada tahun 2016 didapatkan 295 penderita stroke hemoragik maupun non hemoragik yang terdiri dari laki-laki 150 orang dan perempuan 145 orang. Data pada bulan Januari sampai bulan Desember pada tahun 2017 didapatkan 256 penderita stroke hemoragik maupun non hemoragik yang terdiri dari laki-laki 164 orang dan perempuan 92 orang. Dari Data tersebut sekitar 80% penderita stroke yang melakukan rawat inap di RSCM.

Stroke merupakan suatu keadaan yang berat bagi penderita, keadaan ini meliputi keadaan tergeletak di tempat tidur, tidak berdaya, tidak bisa apa-apa, dan semua kegiatannya dibantu orang lain baik itu keluarga maupun orang disekitarnya. Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah pada otak yang biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau sumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak hingga terjadinya kerusakan pada jaringan otak (World Health Organization (WHO), 2016). Orang yang menderita stroke, biasanya mengalami banyak gangguan fungsional, seperti gangguan motorik, psikologis atau perilaku, dimana gejala yang paling khas adalah hemiparesis, kelemahan ekstremitas sisi, hilang sensasi wajah, kesulitan bicara dan kehilangan penglihatan sisi (Irfan, 2010). Menurut American Academy of Neurology (2017), disabilitas umum yang sering didapatkan pada pasien stroke adalah kelumpuhan atau kelemahan pada satu sisi tubuh

yang disebut hemiplegia. Dampak yang umum terjadi setelah seseorang terkena stroke adalah terjadinya hemiparesis (National Stroke Association, 2016). Hemiparesis terjadi karena penyumbatan arteri karotis atau basilaris yang menyebabkan *deficit* pada daerah korteks frontal yang disuplai oleh arteri serebri media dan anterior dimana arteri koroid anterior yang tersumbat dapat mempengaruhi kapsula interna. Hemiparesis akut dapat berkembang sebagai respons terhadap berbagai macam penyakit serebral termasuk perdarahan intraserebral dan stroke iskemik (Kim Min Chan, 2018). Kondisi pada Hemiparesis pasca stroke memengaruhi gaya berjalan dan merusak hampir 80% pada penderita stroke (Weiss, 2010). Data RS di Indonesia menjelaskan bahwa pasien yang mengalami gangguan motorik sekitar 90,5% (Misbach & Soertidewi, 2011). Gangguan deficit neurologis utamanya pada motorik ini dapat menyebabkan seseorang penderita stroke mengalami depresi disebabkan oleh batas dalam pergerakan dan pekerjaan sehari-hari atau Activity of Daily Life (Katherine Salter, 2016). Sehingga sebagai perawat spesialis khususnya bidang neurologi dituntut bisa memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan profesional sesuai dengan kebutuhan dasar manusia pada pasien stroke tersebut.

Perawat spesialis keperawatan medikal bedah khususnya peminatan neurologi mempunyai peran memberikan asuhan keperawatan dalam hal ini kasus stroke. Disamping itu juga memiliki peran sebagai peneliti dibidang keperawatan. Dalam laporan ini juga dibahas tentang penerapan Evidence based nursing (EBN) yang telah dilakukan oleh penulis sebagai upaya peningkatan asuhan keperawatan berbasis bukti yang mana juga diterapkan pada pasien stroke. Fenomena yang ditemukan penulis di ruangan saat praktik residensi selain fokus pada perawatan pasien stroke penulis juga menemukan beberapa aspek kejadian pasien jatuh pada kasus neurologi. Latar belakang ini yang membuat kami mengembangkan penerapan proyek inovasi pencegahan pasien risiko jatuh dalam kasus neurologi. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis membuat karya ilmiah akhir mengacu pada kasus stroke, dan rehabilitasi pada pasien stroke dengan berdasarkan EBN dan pemberian edukasi video untuk pencegahan jatuh. untuk meningkatkan kualitas perawat di ruangan kami juga mengadakan workshop tentang pencegahan risiko jatuh dilantai 5 RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM).

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan analisis praktik residensi keperawatan medikal bedah dengan pendekatan adaptasi Roy dalam melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke dan resume, serta analisis penerapan Evidence based nursing dan inovasi keperawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM).

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan analisis peran perawat dalam asuhan keperawatan dengan pendekatan adaptasi Roy pada kasus stroke di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM).
- b. Melakukan analisis peran perawat sebagai researcher dalam penerapan evidence based nursing yang berbasis bukti ilmiah mengenai *Pelvic stability training* untuk meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM).
- c. Melakukan analisis peran perawat sebagai inovator dengan penerapan proyek inovasi mengenai pemberian edukasi video untuk pencegahan jatuh risiko jatuh dilantai 5 di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (RSCM).

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Pelayanan Keperawatan

Dari penerapan praktik residensi keperawatan diharapkan akan memberikan kontribusi berupa ilmu dan kompetensi khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada area neurologi dengan pendekatan adaptasi Roy, EBN dan inovasi dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan dalam keperawatan.

1.3.2 Ilmu Keperawatan

Dari penerapan praktik residen ini diharapkan akan menjadi panduan dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya di area neurologi terutama dalam menerapkan teori keperawatan, EBN, dan inovasi keperawatan.

1.4 Sistematika Penulisan

Pada penulisan karya tulis ilmiah ini sistematika meliputi halaman sampul sampai daftar lampiran, Bab 1-5, dan lampiran-lampiran. Pada Bab 1 dijelaskan pendahuluan, tujuan, manfaat dan sistematika penulisan. Pada Bab 2 berisi studi pustaka tentang teori stroke dan adaptasi Roy serta penjelasan kasus kelolaan dan resume. Pada Bab 3 membahas tentang proposal dan pelaksanaan EBN dan inovasi keperawatan pada area neurologi. Pada Bab 5 berisi pembahasan kasus kelolaan, resume, EBN dan inovasi. Pada Bab 5 berisi tentang kesimpulan dan saran dari pembuatan KIA ini.

BAB 2

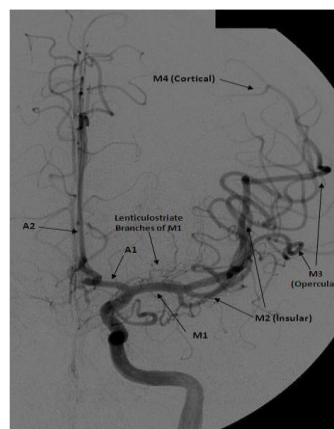
TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini memaparkan tentang gambaran kasus kelolaan, resum dan studi literatur yang meliputi tinjauan teoritis dan tinjauan empiris yang dipaparkan secara simultan. Tinjauan teoritis berisi tentang konsep yang berlandaskan berbagai teori mengenai stroke, adaptasi roy, dan peran perawat spesialis keperawatan medikal bedah. Tinjauan empiris disajikan dalam bentuk hasil penelitian sebelumnya untuk memperkuat teori yang telah dipaparkan.

2.1 Tinjauan Pustaka Stroke

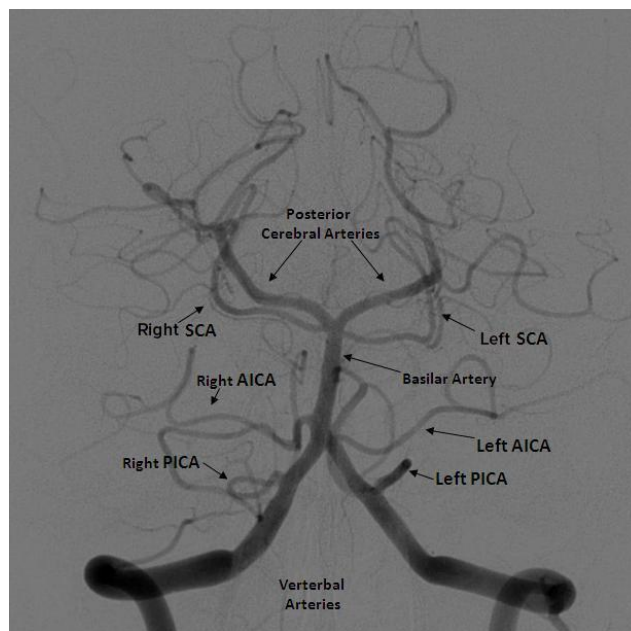
2.1.1 Anatomi fisiologi

Pengetahuan tentang anatomi arteri serebrovaskular dan daerah otak yang disuplai oleh arteri berguna untuk menentukan pembuluh darah mana yang terlibat dalam stroke akut. Pola atipikal yang tidak sesuai dengan distribusi vaskular dapat mengindikasikan diagnosis lain, seperti infark vena. Hemisfer serebral disuplai oleh 3 arteri mayor berpasangan: arteri serebri anterior, tengah, dan posterior. Arteri serebri anterior dan tengah bertanggung jawab atas sirkulasi anterior dan timbul dari arteri karotis interna supraklinoid. Arteri serebral posterior timbul dari arteri basilar dan membentuk sirkulasi posterior, yang juga memasok thalami, batang otak, dan otak kecil. Angiogram pada gambar di bawah menunjukkan beberapa bagian sirkulasi yang terlibat dalam stroke hemoragik (Liebeskind, 2019).



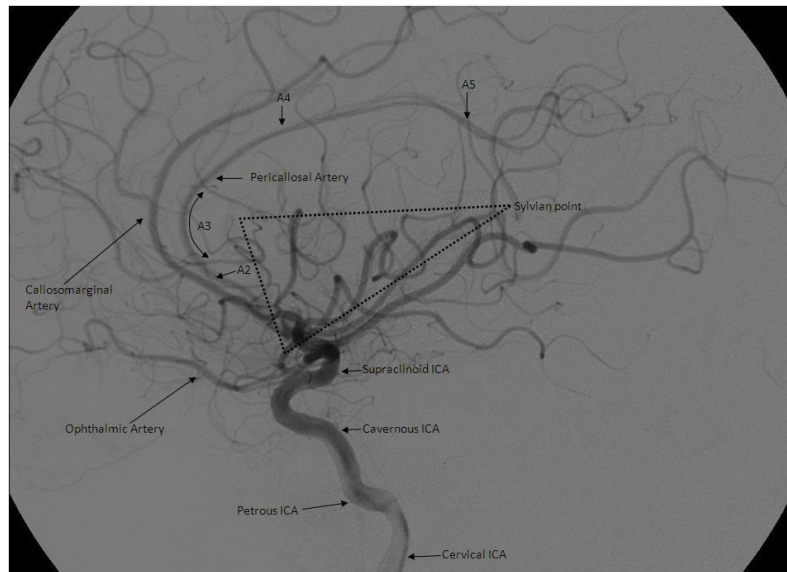
Gambar 2.1 Tampilan depan dari angiogram serebral dengan injeksi selektif arteri karotis interna menggambarkan sirkulasi anterior (Liebeskind, 2019; Medscape).

Tampilan depan dari angiogram serebral dengan injeksi selektif arteri karotis interna menggambarkan sirkulasi anterior. Arteri serebral anterior terdiri dari segmen A1 proksimal dari arteri yang berkomunikasi anterior dengan segmen A2 di sebelahnya. Arteri serebral tengah dapat dibagi menjadi 4 segmen: M1 (segmen horizontal) meluas ke insen limen dan mengeluarkan cabang lentikulostriat lateral, M2 (segmen insular), M3 (cabang insuler), dan M4 (cabang kortikal distal pada lateral convexities hemispheric).



Gambar 2.2 Tampilan Proyeksi frontal dari angiogram arteri vertebra kanan menggambarkan sirkulasi posterior (Liebeskind, 2019; Medscape).

Proyeksi frontal dari angiogram arteri vertebra kanan menggambarkan sirkulasi posterior. Arteri vertebralis bergabung untuk membentuk arteri basilar. Arteri serebelar posterior inferior (PICA) timbul dari arteri vertebralis distal. Arteri serebelar anterior inferior (AICA) timbul dari arteri basilar proksimal. Arteri serebelar superior (SCA) muncul secara distal dari arteri basilar sebelum bercabang menjadi arteri serebri posterior.



Gambar 2.3 Tampilan lateral angiogram serebral menggambarkan cabang-cabang arteri serebral anterior (ACA) dan segitiga sylvian (Liebeskind, 2019; Medscape).

Pandangan lateral angiogram serebral menggambarkan cabang-cabang arteri serebral anterior (ACA) dan segitiga sylvian. Arteri pericallosal telah digambarkan sebagai timbul distal ke arteri berkomunikasi anterior atau distal ke asal cabang callosomarginal dari ACA. Anatomi segmental ACA telah dijelaskan sebagai berikut: (1) segmen A1 meluas dari bifurkasi arteri karotid internal (ICA) ke arteri berkomunikasi anterior, (2) A2 meluas ke persimpangan rostrum dan genu dari korpus callosum, (3) A3 meluas ke lengkungan genu corpus callosum, dan (4) A4 dan A5 memanjang posterior di atas tubuh callosal dan bagian superior dari splenium. Segitiga sylvia menutupi cabang-cabang opercular dari arteri serebral tengah, dengan puncak mewakili titik sylvian.

2.1.2 Definisi *stroke hemoragik*

Pada penyakit Stroke terdapat cedera fokal akut sistem saraf pusat (SSP) yang timbul dari sebuah penyebab perdarahan intraserebral, atau perdarahan subaraknoid, "Tanda-tanda klinis gangguan fokal (atau global) yang berkembang pesat yang mempengaruhi fungsi otak, bisa berlangsung lebih dari 24 jam dan bisa menyebabkan kematian (Sacco, R.L, et al. 2013; World health Organization, 2016). Hemoragi serebral : Pecahnya pembuluh darah di otak dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar

otak. Hemoragi dapat terjadi pada daerah : 1) Luar duramater: hemoragi ekstradural atau epidural; 2) Bawah duramater : hemoragi subdural; 3) Ruang sub araknoid : hemoragi sub araknoid; 4) Dalam substansi otak : hemoragi intra serebral.

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh karena adanya perdarahan suatu arteri serebralis yang menyebabkan kerusakan otak dan gangguan fungsi saraf. Keluarnya darah akan masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan hematoma (Junaidi, 2011). Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke hemoragik di kelompokkan sebagai berikut:

1) PIS (Perdarahan Intra Serebral)

Perdarahan yang terjadi pada intraserebral karena adanya pecahnya pembuluh darah di daerah intraserebral yang membuat darah menuju ke jaringan yang ada di otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan TIK/intraserebral yang membuat terjadinya tekanan pada pembuluh darah otak yang akhirnya suplai berkurang sehingga berujung pada defisit neurologi akibat dari kematian sel (Smeltzer & Bare, 2013; Silva, et al., 2011). Perdarahan intraserebral (PIS) merupakan perdarahan primer yang terjadi bukan karena kondisi trauma yang terdapat pada parenkim otak.

2) Pendarahan Sub Arakhnoid (PSA)

Pendarahan subarakhnoid merupakan kondisi darah yang masuk ke ruang subarakhnoid yang berasal dari tempat lain (pendarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan dari rongga subarakhnoid itu sendiri (pendarahan subarakhnoid) (Junaidi, 2011).

2.1.3 Etiologi *stroke hemoragik*

Perdarahan intraserebral merupakan penyebab sebagian besar sisa stroke, dengan jumlah yang lebih kecil akibat perdarahan subarakhnoid aneurysmal (Donnan, et al 2008; Roger, et.al, 2012).

Faktor risiko

Risiko stroke hemoragik meningkat dengan faktor-faktor berikut:

- a. Usia lanjut
- b. Hipertensi (hingga 60% kasus)
- c. Riwayat stroke sebelumnya
- d. Penyalahgunaan alkohol

- e. Penggunaan obat-obatan terlarang (misalnya, kokain, obat simpatomimetik lainnya)

Penyebab stroke hemoragik adalah sebagai berikut (Mullins, 2005; Liebeskind, 2019):

- a. Hipertensi
- b. Amiloidosis serebral
- c. Koagulopati
- d. Terapi antikoagulan
- e. Terapi trombolitik untuk infark miokard akut (MI) atau stroke iskemik akut (dapat menyebabkan transformasi hemoragik iatrogenik)
- f. Malformasi arteriovenosa (AVM), aneurisma, dan malformasi pembuluh darah lainnya (angioma vena dan kavernosa)
- g. Vaskulitis
- h. Neoplasma intracranial

Hipertensi

Etiologi yang paling umum dari stroke hemoragik primer (perdarahan intraserebral) adalah hipertensi. Setidaknya dua pertiga pasien dengan perdarahan intraparenchymal primer dilaporkan memiliki hipertensi yang sudah ada sebelumnya atau yang baru didiagnosis. Penyakit pembuluh darah kecil hipertensi disebabkan oleh aneurisma lipohyalinosis kecil yang kemudian pecah dan menyebabkan perdarahan intraparenchymal. Lokasi khas termasuk ganglia basal, thalami, otak kecil, dan pons.

Amiloidosis

Amiloidosis serebral memengaruhi orang yang berusia lanjut dan dapat menyebabkan hingga 10% perdarahan intraserebral. Jarang, angiopati amiloid serebral dapat disebabkan oleh mutasi pada protein prekursor amiloid dan diwariskan secara dominan autosomal.

Koagulopati

Koagulopati dapat diperoleh atau diwariskan. Penyakit hati dapat menyebabkan diatesis perdarahan. Gangguan koagulasi yang diturunkan seperti defisiensi faktor VII, VIII, IX,

X, dan XIII dapat menjadi predisposisi perdarahan yang berlebihan, dan perdarahan intrakranial telah terlihat pada semua gangguan ini.

Malformasi arteri

Banyak penyebab genetik dapat mempengaruhi AVM di otak, meskipun AVM umumnya sporadis. Polimorfisme pada gen IL6 meningkatkan kerentanan terhadap sejumlah gangguan, termasuk AVM. Telangiectasia hemoragik hereditas (HHT), yang sebelumnya dikenal sebagai sindrom Osler-Weber-Rendu, adalah gangguan dominan autosomal yang menyebabkan displasia pembuluh darah. HHT disebabkan oleh mutasi pada gen ENG, ACVRL1, atau SMAD4. Mutasi pada SMAD4 juga dikaitkan dengan poliposis remaja, jadi ini harus dipertimbangkan ketika mendapatkan riwayat pasien. HHT paling sering didiagnosis ketika pasien datang dengan telangiectasias pada kulit dan mukosa atau dengan epistaksis kronis dari AVM di mukosa hidung. Selain itu, HHT dapat menyebabkan AVM dalam sistem organ apa pun atau vaskular bed. AVM di saluran pencernaan, paru-paru, dan otak adalah yang paling mengkhawatirkan, dan deteksi mereka adalah andalan pengawasan untuk penyakit ini.

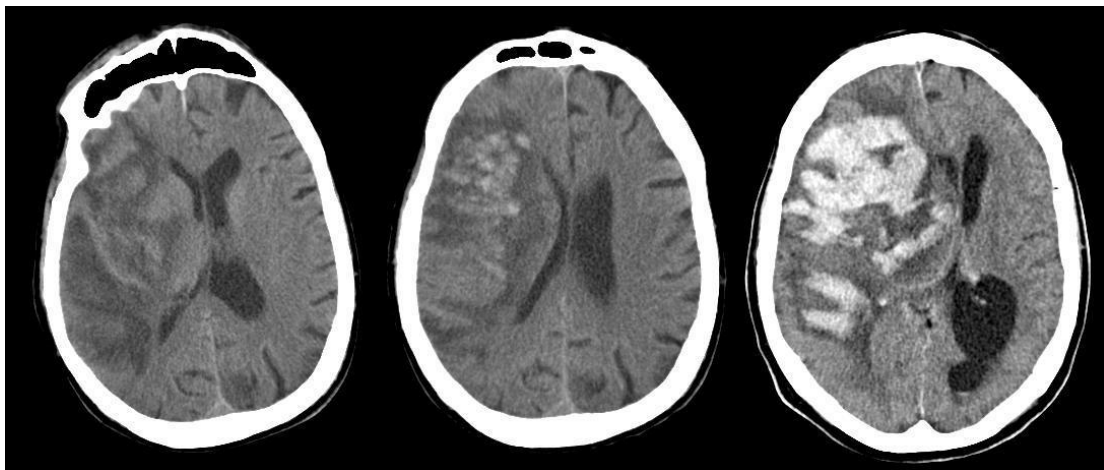
Kolesterol

Sebuah penelitian terhadap hampir 28.000 wanita selama sekitar 20 tahun menemukan bahwa wanita dengan kadar kolesterol lipoprotein densitas rendah (LDL-C) yang sangat rendah (<70 mg / dL) mungkin lebih dari dua kali lebih mungkin mengalami stroke hemoragik. dibandingkan wanita dengan kadar yang lebih tinggi (100-130 mg / dL) (Rist PM, 2019).

Aneurisma dan perdarahan subarahnoid

Penyebab paling umum pendarahan atraumatic ke ruang subarachnoid adalah pecahnya aneurisma intrakranial. Aneurisma adalah pelebaran fokus arteri, dengan tipe intrakranial yang paling sering dijumpai adalah aneurisma berry (sakular). Aneurisma mungkin kurang umum terkait dengan perubahan hemodinamik yang terkait dengan AVM, penyakit kolagen vaskular, penyakit ginjal polistikistik, emboli septik, dan neoplasma.

Perdarahan subaraknoid perimesensefalik nonaneurismal juga dapat terlihat. Fenomena ini diperkirakan muncul dari pecahnya kapiler atau vena. Ini memiliki perjalanan klinis yang kurang parah dan, secara umum, prognosis yang lebih baik. Aneurisma Berry adalah lesi yang paling sering diisolasi yang pembentukannya dihasilkan dari kombinasi tekanan hemodinamik dan kelemahan bawaan atau bawaan pada dinding pembuluh darah. Aneurisma sakular biasanya terjadi pada bifurkasi vaskular, dengan lebih dari 90% terjadi pada sirkulasi anterior. Situs umum meliputi: Persimpangan arteri yang berkomunikasi anterior dan arteri serebri anterior paling sering, bifurkasi arteri serebral tengah (MCA). Arteri karotis interna supraklinoid pada asal arteri posterior yang berkomunikasi. Bifurkasi arteri karotis interna (ICA)



Gambar 2.4 Tampilan Pemindaian tomografi komputer nonkontras (kiri) yang diperoleh pada pria berusia 75 tahun (Liebeskind, 2019; Medscape).

Pemindaian tomografi komputer nonkontras (kiri) yang diperoleh pada pria berusia 75 tahun yang dirawat karena stroke menunjukkan infark distribusi arteri serebri kanan tengah yang besar dengan area linier perdarahan yang berkembang. Ini menjadi lebih konfluen pada hari ke 2 rawat inap (gambar tengah), dengan peningkatan efek massa dan pergeseran garis tengah. Ada transformasi hemoragik masif pada hari ke 6 (kanan), dengan peningkatan pergeseran garis tengah kiri dan herniasi subfalcine. Hidrosefalus obstruktif juga dicatat, dengan dilatasi ventrikel lateral, kemungkinan karena kompresi foramen Monroe. Perdarahan intraventrikular juga dicatat layering di tanduk oksipital

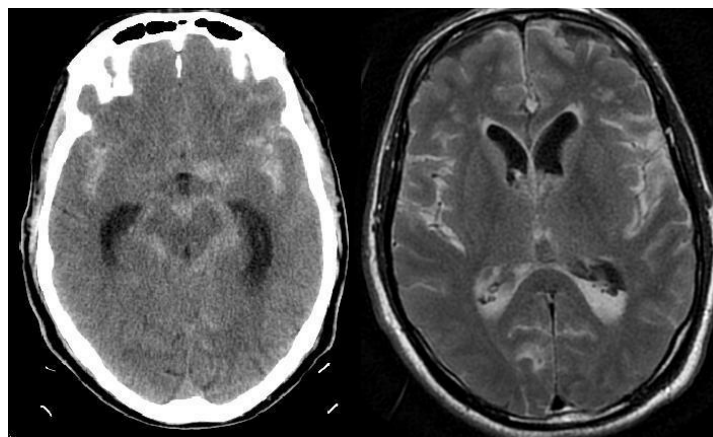
kiri. Infark yang lebih besar lebih mungkin mengalami transformasi hemoragik dan merupakan salah satu kontraindikasi terhadap terapi trombolitik.

2.1.4 Patofisiologi *stroke*

Pada perdarahan intraserebral, perdarahan terjadi langsung ke parenkim otak. Mekanisme yang biasa dianggap kebocoran dari arteri intracerebral kecil yang rusak akibat hipertensi kronis. Mekanisme lain termasuk diatesis perdarahan, antikoagulasi iatrogenik, amiloidosis serebral, dan penyalahgunaan kokain. Perdarahan intraserebral memiliki kecenderungan untuk tempat-tempat tertentu di otak, termasuk thalamus, putamen, otak kecil, dan batang otak. Selain area otak yang terluka oleh pendarahan, otak di sekitarnya dapat rusak oleh tekanan yang dihasilkan oleh efek massa dari hematoma. Peningkatan umum dalam tekanan intrakranial dapat terjadi.

Perdarahan subaraknoid

Efek patologis dari perdarahan subaraknoid (SAH) pada otak adalah multifokal. SAH menghasilkan peningkatan tekanan intrakranial dan merusak autoregulasi otak. Efek-efek ini dapat terjadi dalam kombinasi dengan vasokonstriksi akut, agregasi trombosit mikrovaskular, dan hilangnya perfusi mikrovaskuler, yang mengakibatkan penurunan besar dalam aliran darah dan iskemia serebral.



Gambar 2.5 contoh Tampilan Pemindaian computed tomography (CT) noncontrast pada seorang pria 71 tahun (Liebeskind, 2019; Medscape).

Pemindaian computed tomography (CT) noncontrast dilakukan secara tiba-tiba pada seorang pria 71 tahun yang mengalami onset akut sakit kepala parah dan menjalani

pemburukan neurologis cepat yang membutuhkan intubasi. Pemindaian CT noncontrast (gambar kiri) menunjukkan perdarahan subaraknoid densitas tinggi difus dalam tangki basilar dan kedua fisura Sylvian. Ada kehilangan difusi diferensiasi abu-abu. Gambar inversi-recovery (FLAIR) yang dilemahkan cairan (kanan) menunjukkan sinyal tinggi di seluruh sulkus kortikal dan di tangki basilar, serta di bagian-bagian dependen ventrikel. FLAIR sangat sensitif terhadap perdarahan subaraknoid akut; penekanan sinyal cairan serebrospinal yang tinggi dalam membuat perdarahan subaraknoid lebih mencolok daripada urutan pencitraan resonansi magnetik



Gambar 2.6 Pemeriksaan lateral dari injeksi selektif arteri karotis interna kiri (Liebeskind, 2019; Medscape).

Pandangan lateral dari injeksi selektif arteri karotis interna kiri menunjukkan mikrokateeter melewati distal ke leher aneurisma. Pandangan lateral dari angiogram yang dilakukan selama embolisasi koil berbantuan balon menunjukkan berkurangnya pengisian aneurisma secara signifikan.

2.1.5 Manifestasi Klinis *stroke*

Manifestasi klinis stroke hemoragik berdasarkan letak perdarahannya :

- a) Perdarahan daerah Lobaris, serebelum dan dekat struktur meningen akan menyebabkan nyeri kepala
- b) Perdarahan Lokasi batang otak akan mempengaruhi RAS dan mengakibatkan penurunan kesadaran

- c) Perdarahan sekitar ventrikel ke 4 daerah dorsal medula oblongata, sirkulasi posterior akan mengakibatkan terjadinya muntah
- d) Perdarahan lokasi epileptogenik yaitu lobar, *graywhite matter junction*, korteks serebri, putamen akan mengakibatkan terjadinya kejang
- e) Lokasi talamus, kaudatus, serebelum=kaku kuduk
- f) Peningkatan TIK, pelepasan katekolamin mengakibatkan aritmia jantung dan edema paru
- g) Peningkatan TIK menekan nukleus batang otak, nukleus edinger westpahal di mesensefalon akan mengakibatkan pupil anisokor
- h) Perdarahan Lokasi diensefalon akan menyebabkan pernapasan cheynes-stokes
- i) Mid brain dan posn atas akan menyebabkan hiperventilasi
- j) Pons tengah menyebabkan apneustik
- k) Pons bawah menyebabkan napas klaster
- l) Medula oblongata menyebabkan pernapasan ataksik

Menurut Brunner and Suddarth (2001) manifestasi klinik yang mungkin tampak pada stroke yaitu :

- a. Defisit lapang penglihatan : kehilangan setengah lapang penglihatan, kehilangan penglihatan perifer, penglihatan ganda.
- b. Defisit motorik : hemiparesis (kelemahan pada sisi yang sama), hemiplegi(kelumpuhan), ataksia (berjalan tidak mantap), disartria (kesulitan membentuk kata), disfagia (kesulitan menelan).
- c. Defisit sensori : kebas dan kesemutan pada bagian tubuh.
- d. Defisit verbal ditandai dengan afasia dan disartria. Afasia adalah kehilangan kemampuan untuk mengutarakan melalui bicara, menulis, atau penggunaan tanda-tanda, kehilangan penegertian bahasa yang didengar atau dibaca. afasia ekspresif/ afasia motrik (tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, kesulitan berkata-kata tetapi dapat mengerti pembicaraan), afasia reseptif/ afasia sensorik (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan orang lain, tetapi mudah mengucapkan kata tanpa adanya gangguan pendengaran), afasia global (kombinasi keduanya).

- e. Defisit kognitif : kehilangan memori jangka panjang dan pendek, penurunan lapang perhatian, tidak dapat berkonsentrasi.
- f. Defisit emosional : kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, depresi dan menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah.

2.1.6 Komplikasi *stroke*

Komplikasi pada *stroke* tergantung pada lokasi/daerah terjadinya perdarahan. Jika kerja otak rusak, tekanan darah akan turun naik, kesulitan bernafas dan terjadi gangguan irama jantung maka komplikasi yang dapat terjadi :

- a. Koma pada *stroke* yang berat
- b. Serangan *stroke* berulang
- c. Kematian mendadak sekitar 3-12 jam setelah serangan

(Luckmann and Sorensen's ,1993)

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik *stroke*

Menurut Long C, Barbara (1996) pemeriksaan yang dilakukan yaitu :

- a. pungsi lumbal : peningkatan tekanan CSF jika ada perdarahan
- b. CT Scan : menentukan daerah yang kepadatannya menurun (hipoden).
- c. Scan MRI : memperlihatkan adanya perfusi
- d. Angiogram otak : mencari blok atau penyumbatan pembuluh darah
- e. Elektrokardiografi atau ekokardiografi: memperlihatkan *stroke* yang bersumber dari gangguan jantung yang tidak dapat memompa darah adekuat sehingga pemenuhan pasokan darah ke otak juga berkurang.

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah:

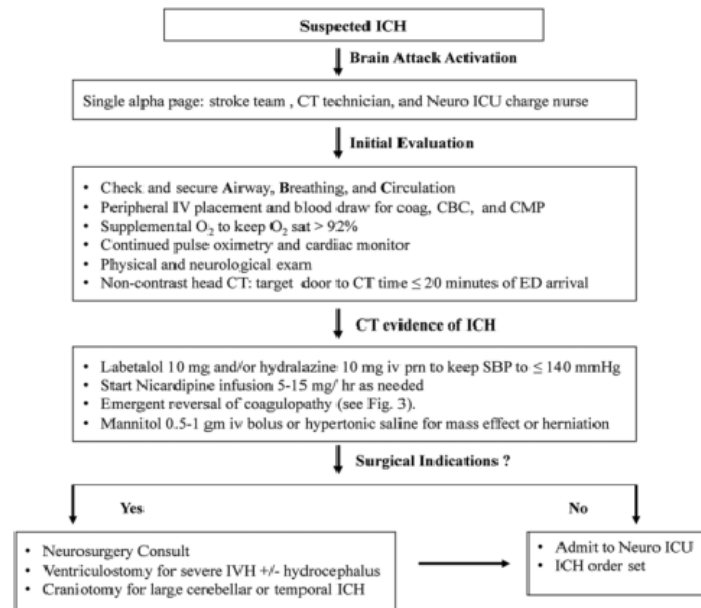
- a. Cek glukosa darah, kadar glukosa darah >180mg/dl pada *stroke* akut harus segera dititrasi insulin, kadar glukosa <50 mg/dl harus diberikan dekstrose 40% atau infus glukosa 10-20% (AHA/ASA, 2015)
- b. elektrolit harus segera diperiksa dan diatasi apabila terjadi kekurangan
- c. Pemeriksaan darah lengkap meliputi informasi hemoglobin, hematokrit, trombosit, kadar kolesterol, kemungkinan fibrinolisis, anemia sel sabit, polisitemia, dan trombositosis.
- d. Protrombin time dan activated partial tromboplastin time.

- e. Analisis gas darah yang dapat menggambarkan kegawatan hipoksemia, dan kelainan asam basa.

2.1.8 Penatalaksanaan *stroke hemoragik*

a) Medis

Penatalaksanaan stroke hemoragik berdasarkan algoritma sebagai berikut :



ire 2 The ED algorithm for early diagnosis and emergent intervention. ICH, intracerebral haemorrhage.

Gambar 2.7 Algoritma stroke Hemoragik

b) Perawatan

- 1) klien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai TIK berkurang.
- 2) intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik untuk klien stroke masif.
- 3) memantau adanya gangguan pulmonal yang mungkin terkait dengan kehilangan reflek jalan nafas, imobilisasi dan hipoventilasi.
- 4) jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta gagal jantung kongesti

2.2 Konsep Adaptasi Callista Roy dalam Asuhan Keperawatan

2.2.1 Teori Adaptasi Sister Callista Roy

Pada teori ini asuhan keperawatan dapat dilihat dari individu, keluarga, kelompok serta masyarakat dengan menggunakan pendekatan *holistic adaptive system* diaman semua spke dipandang sebagai satu kesatuan. Roy juga menjeaslakn diaman proses internal dari sebuah sistem adaptasi bisa dilihat dari sistem efektor yang terdiri dari 4 mode adaptasi. Mode adaptasi ini yaitu fisiologis , konsep diri, dungsi peran serta interdependensi

2.2.2 Konsep Sentral Adaptasi Menurut Sister Callista Roy

1. Manusia

Manusia sebagai makhluk holistik yang memiliki sistem adaptasi. Manusia sebagai sistem adaptasi merupakan bagian dari unit yang memiliki fungsi tertentu, mencakup manusia sebagai individu di dalam kelompok, keluarga, organisasi, komunitas, dan sosial (Alligod & Tomey, 2010).

2. Kesehatan

Kesehatan adalah suatu bagian proses terintegrasi menjadi manusia seutuhnya. Hal ini dapat direfleksikan merupakan adaptasi dari interaksi individu dan lingkungan (Andrews & Roy, 1991, dalam Alligood, 2010).

3. Lingkungan

Lingkungan merupakan semua kondisi, keadaan, dan pengaruh sekitar yang mempengaruhi perilaku perkembangan individu di dalam kelompok, dengan pertimbangan tertentu untuk mencapai kualitas sumber daya manusia termasuk dalam stimulus fokal, kontekstual, dan residual (Roy & Andrews, 1999, dalam Alligood, 2010).

4. Keperawatan

Roy & Andrews (1999), dalam Alligood (2010) menjelaskan definisi keperawatan adalah ilmu pengetahuan dan praktik yang dapat memperluas dan meningkatkan kemampuan adaptasi seseorang terhadap perubahan lingkungan. Roy mengidentifikasi aktivitas keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan,

intervensi atau bagaimana cara mengatur suatu stimulus yang dapat mempengaruhi adaptasi seseorang.

2.2.3 Sistem Adaptasi

a. Input

Roy (1976) menggambarkan bahwa Stimulus pada setiap orang harus diadaptasikan dengan lingkungannya, stimulus ini dapat berasal dari internal stimulus seperti stress, personal persepsi dan external stimulus seperti pola pikir keluarga, posisi dalam komunitas, status ekonomi, dan posisi peran. Stimulus dari lingkungan ini berupa 3 konsep besar, yaitu focal, contextual, dan residual.

(1) Focal

Stimulus yang paling cepat mempengaruhi seseorang dan bersifat cepat. Contohnya pada klien menunjukkan perilaku menangis dan murung, focal stimulus adalah kehilangan.

(2) Contextual

Stimulus yang lain yang berkontribusi, stimulus ini bisa saja terjadi bila terjadi perilaku tertentu dari seseorang

(3) Residual

Stimulus lainnya yang tidak diketahui yang bisa mempengaruhi situasi tersebut.

b. Kontrol

1. Mekanisme Koping (Alligod & Tomey, 2010) :

a) *Process Coping*

Proses mengatasi suatu masalah baik melalui koping bawaan atau berinteraksi dengan lingkungan.

b) *Innate Coping*

Mekanisme koping bawaan yang merupakan proses otomatis dari masing-masing individu yang dibawa sejak lahir.

c) *Acquired Coping*

Mekanisme koping didapat yang dikembangkan melalui strategi pembelajaran. Pengalaman yang dihadapi sepanjang hidup berkontribusi terhadap respon terhadap rangsangan tertentu.

d) Regulator Subsistem

Proses mengatasi masalah yang melibatkan saraf, kimia, dan endokrin (Roy & Andrews, 1999, Alligod, 2010).

e) Kognator Subsistem

Proses mengatasi masalah yang melibatkan 4 hubungan : kognitif-emotif, persepsi dan pengolahan informasi, pembelajaran, penilaian dan emosi (Roy & Andrews, 1999, Alligod, 2010).

c. Efektor

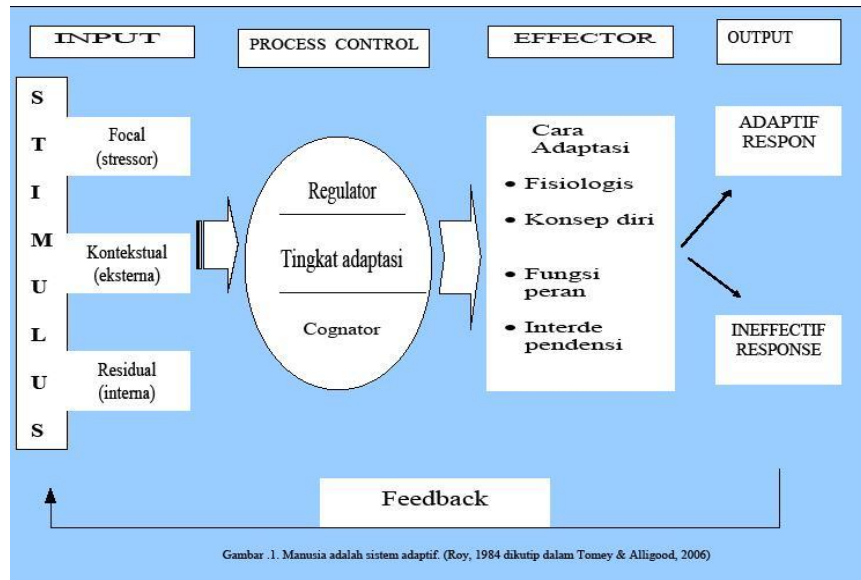
1) Model Adaptasi Fungsi Fisiologis

Terdapat beberapa fungsi fisiologis diaman berhubungan dengan struktur daritubuh beserta fungsinya, diantaranya :

- a.Oksigenasi, pada fungsi ini menjelaskan adanya kebutuhan tubuh akan oksigen beserta prosesnya, seperti ventilasi sampai transportasi gas dalam tubuh (Vairo, 1984 dalam Roy 1991).
- b.Nutrisi, pada fungsi ini menjelaskan proses dari masukannya makanan yaitu ingesti sampai asimilasi dalam rangkan mempertahankan pertumbuhan dan untuk memenuhi kebutuhan jaringan yang mengalami injuri atau dalam fungsi perbaikan (Vairo, 1984 dalam Roy 1991).
- c.Eliminasi, fungsi fisiologis ini menjelaskan fungsi tubuh dalam hal ekskresi dari hasil metabolisme tubuh mulai dari instestinal sampai pada fungsi ginjal(Vairo, 1984 dalam Roy 1991).
- d.Aktivitas dan istirahat, pada fungsi ini menjelaskan dari kebutuhan tubuh untuk melakukan keseimbangan dari aktivitas fisik, istirahat dalam rangka pemulihan atau memperbaiki kondisi tubuh dari keadaan sakit (Cho, 1984 dalam Roy, 1991).
- e.Perlindungan (proteksi), pada fungsi akan dijelaskan sistem perlindungan tubuh dimana didalamnya proses imunitas ikut serta, selain itu dstruktur dari integumen yang meliputi kulit, rambut dan kuku juga ikut dalam sistem proteksi ini khusunta dalam kejadian infeksi , perubahan suhu serta kejadian trauma (Sato, 1984 dalam Roy, 1991).

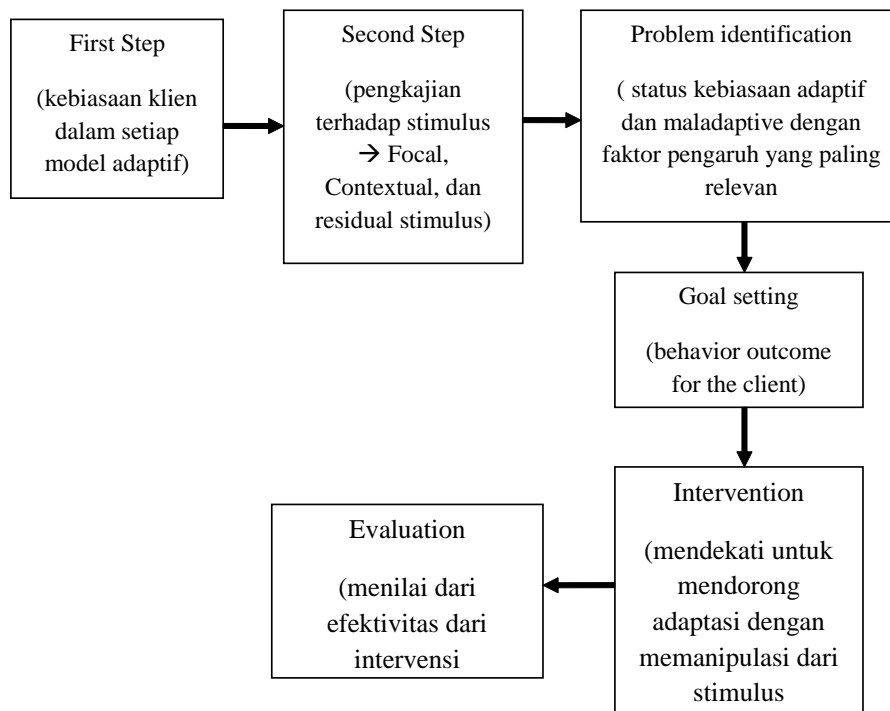
- f. Perasaan (the sense) merupakan fungsi dari tubuh yang meliputi penglihatan, perkataan , pendengaran, rasa serta bau diaman akan didapatkan ketika seseorang melakukan interaksi dengan lingkungan sekitar, selain itu kejadian adanya nyeri juga masuk dalam fungsi ini(Driscoll, 1984 dalam Roy 1991).
 - g. Cairan dan Elektrolit, dalam fungsi ini akan menilai keseimbangan dari cairan dan elektrolit dalam tubuh diaman penilaian ini mencakup air, asam basa, elektrolit dari seluler maupun di ekstraseluler dalam fungsi sistemik tubuh. Kondisi ketidakseimbangan cairan dalam tubuh menandakan ada masalah fisiologis dari sistem ini (Parly, 1984 dalam Roy 1991).
 - h. Neurologi, pada fungsi ini akan dijelaskan hubungan antara saraf neuron yang bagian-bagiannya integral dari coping dalam tubuh, dimana mempunyai fungsi dalam mengendalikan serta mengkoordinasi dari pergerakan dalam tubuh beserta kesadaran, kognitif dan kegiatan lain dari organ tubuh (Robertson, 1984 dalam Roy, 1991)
 - i. Endokrin, pada fungsi ini akan dijelaskan mekanisme berkaitan dengan aktivitas dari pengeluaran hormon dalam tubuh dimana fungsinya akan menyatukan dan mengkoordinasikan fungsi tubuh melalui mekanisme neurologi dan hormon. Kondisi stress akan mengakibatkan pelepasan beberapa hormon sebagai mekanisme coping dari regulator dalam aktivitas endokrin (Howard & Valentine, 1991).
- 2) Model Adaptasi Konsep Diri, Pada model ini dijelaskan adanya hubungan dari konsep diri dengan psikologis dimana dapat dilihat dari penekanan pendekatan psikososial dan spiritual. Dalam konsep diri dalam penjelasan adaptasi Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*.
 - 3) Model Adaptasi Interdependen (*Relationship*)
Roy dalam teori adaptasinya menjelaskan model ini yang berfokus pada interaksi individu dalam menerima dan memberi kasih sayang serta perhatian dalam rangka saling menghargai antar individu. Interdependensi merupakan kondisi keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan dari individu dalam hal menerima.
 - 4) Model Adaptasi Fungsi Peran

Dalam adaptasi Roy mode fungsi peran merupakan adanya pola dalam interaksi individu dengan individu yang lainnya sehingga bisa digambarkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Hal ini dapat dilihat ketika seorang individu dapat memerankan dirinya dalam bermasyarakat sesuai dengan status sosialnya



Gambar 2.9 Model Teori Adaptasi Sister Callista Roy

2.2.4 Proses Keperawatan Menurut Teori Roy



Skema 1. Alur ilustrasi dalam proses keperawatan berdasarkan teori adaptasi ROY (Roy, 1976, p, 38).

a. Pengkajian

Pada pengkajian dengan menggunakan pendekatan adaptasi Roy fokus pengkajiannya adalah bagaimana ber adaptasi dimana bertujuan untuk mengenali serta mengidentifikasi perilaku yang aktual serta potensi menggambarkan kondisi maladaptif sekaligus mengidentifikasi penyebabnya. Terdapat empat mode adaptasi yang dapat digunakan dalam pengkajian menggunakan pendekatan adaptasi Roy yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran serta mode interdependensi dimana akan dibagi dalam pengkajian I dan II.

- a) Tahap I (Pengkajian Perilaku), dalam tahap pengkajian ini mempunyai tujuan menilai individu sebagai perilaku yang adaptif atau maladaptif dengan cara mengumpulkan data dari individu.
 - b) Tahap II (pengkajian faktor yang berpengaruh), pada tahap ini akan dibagi perubahan perilaku berdasarkan stimulus focal, kontekstual dan residual secara signifikan.
 - 1) Stimulus Focal, pada pengkajian ini akan didapatkan gambaran data penyebab langsung dari perubahan terhadap perilaku pasien yang bisa dilihat dengan observasi.
 - 2) Stimulus kontekstual, merupakan proses yang berkontribusi terhadap terjadinya perilaku/ presipitasi dari stimulus focal yang biasanya terdapat baik dari internal maupun eksternal dari pasien dimana akan sangat berpengaruh terhadap situasi serta dapat diobservasi, diukur bahkan dilaporkan secara subjektif. Ketika hal ini muncul kemungkinan menimbulkan respon negatif pada stimulus.
 - 3) Stimulus residual, merupakan pengalaman seseorang dimasa lalu yang dapat mempengaruhi perilaku, dimana ciri-cirinya relevan dengan situasi saat ini akan tetapi sulit untuk diukur , diobservasi seperti kepercayaan, sikap, sifat dalam pengalaman masa lalu yang dapat memberikan toleransi dalam proses belajar.
 - b. Diagnosa keperawatan
- Dalam model adaptasi Roy diagnosa keperawatan dijelaskan sebagai hasil dalam proses pengumpulan data sehingga muncul keputusan yang berhubungan dengan ketidakmampuan individu untuk adaptasi. Perumusan diagnosa keperawatan dapat dilihat dari penilaian perilaku individu terhadap lingkungan.
- c. Penentuan tujuan

Mode adaptasai Roy menjelaskan untuk tujuan pada asuhan keperawatan bermaksud untuk mempertahankan serta meningkatkan prilaku yang adaptif dengan cara merubah prilaku yang inefektif atau maladaptif menjadi suatu prilaku yang adaptif baik itu dalam tujuan jangka panjang maupun jangka pendek.

d. Intervensi

Pada Mode adaptasi Roy pemberian intevensi dilakukan untuk merubah serta manipulasi stimulus baik focal, residual maupun kontekstual yang awalnya tidak adaptif menjadi adaptif melalui koping dalam prilakunya. Sehingga tindakan keperawatan ini berfokus untuk merubah prilaku menjadi adaptif.

e. Evaluasi

Pada tahap evaluasi dalam keperawatan akan dinilai keefektifan dari intervensi keperawatan yang diberikan berkaitan dengan prilaku pada pasien.

2.3 Laporan dan Analisis Kasus Kelolaan

2.3.1 Metodologi

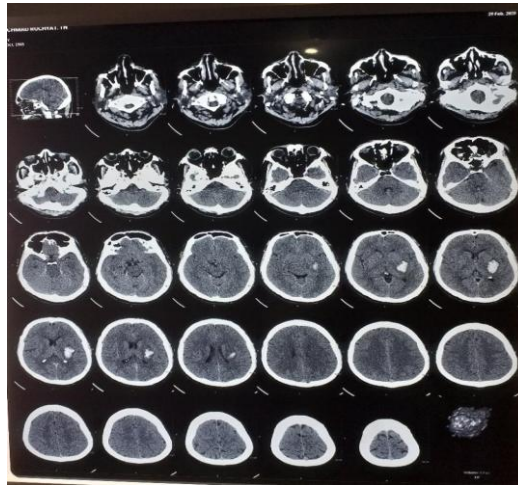
Metodologi yang diterapkan untuk kasus kelolaan ini adalah case study yaitu pasien dengan Stroke Hemoragik. Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis adalah dengan melakukan wawancara, observasi pasien, catatan individu, atau medical record dan perawatan. Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan analisis untuk melihat masalah yang dialami oleh pasien dan memonitor keefektifan intervensi yang telah diberikan dalam penyelesaian masalah pasien.

2.3.2 Gambaran Kasus Kelolaan dan Resume

a. Gambaran Kasus Kelolaan

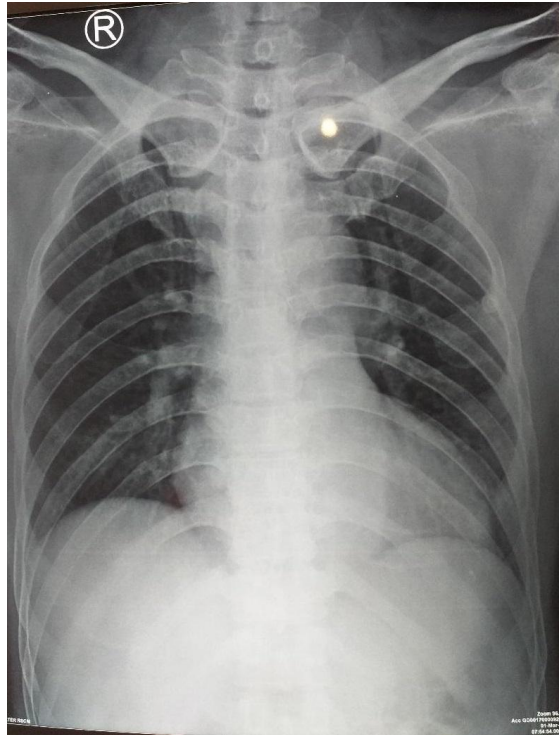
Tn. AR (54 tahun) pada tanggal 1 Maret 2020 datang ke IGD RSCM dengan keluhan kepala berdenyut-denyut, kelemahan sisi tubuh bagian kanan (hemiparese dextra) Kelemahan tubuh tersebut dirasakan sejak 5 jam sebelum masuk RS dan tidak dapat bicara (afasia motorik). Pengkajian khusus stroke FAST didapatkan F: wajah sedikit miring, A: hemiparese dextra, S:afasia, T: kejadian 5 jam yang lalu, pengkajian NIHSS dengan skore 15. Dari pemeriksaan fisik didapatkan data kesadaran: CM, suhu: 36,8⁰C, nadi 70x/menit, kuat, irama reguler TD: 183/84 mmHg, RR: 20x/menit,reguler, SpO2: 98%, tidak ada batuk, sputum (-), nyeri dada (-), edema (-), akral hangat. GCS :E4 M:6

V:afasia motorik, ketika dilakukan tes menelan pasien tersedak, disartria (+), paresis N.VII sehingga bibir klien mencong. hemiparesis esktremitas atas bawah dextra. Rf: +/+, Rp: -/-. kekuatan otot kanan:4, kiri:5. Kemampuan penglihatan dan pendengaran tidak mengalami masalah. Tn. AR memiliki riwayat hipertensi tapi berobat tidak teratur dan riwayat keluarga hipertensi dan penyakit jantung pada ibu pasien. Hasil pemeriksaan CT scan :



Gambar 2.9 CT scan kasus kelolan

Dari gambaran CT scan dapat terlihat lesi hiperdens nerdensitas perdarahan, dengan estimasi volume sekitar 7,7 cc, di kapsula interna-eksterna dan nukleus lentiform posterior kiri, sylci cerebri dan fissura Sylvii tidak melebar, thalamus, pons dan medula oblongata tak tampak kelainan, tidak terdapat pergeseran garis tengah.



Gambar 2.10 Foto Thorak Kasus Kelolan

Pada pemeriksaan foto thorak didapatkan kardiomegali dengan elongasi dan klasifikasi aorta. Ketika di IGD pasien diberikan terapi : manitol 4 x 125 ml IV, amlodipin 1 x 10 mg oral, captopril 3x 25 mg oral dan paracetamol 3x 1000mg oral. Pasien terpasang infus perifer NaCl 0,9%. Karena pasien tes menelan tersedak dilakukan pemasangan NGT, untuk mengevaluasi cairan dan fungsi otonom dipasang kateter.

2.3.3 Penerapan Teori adaptasi Roy pada kasus stroke

Pengkajian perilaku stimulus

a. Mode adaptasi fisiologis

1) Oksigenasi dan Sirkulasi

Pengkajian Perilaku

Oksigenasi : Hasil pemeriksaan fisik didapatkan data suara nafas vesikuler, tidak terdapat wheezing dan ronchi, RR: 20x/menit, saturasi O₂ menggunakan pulse oksimetri 98%, tidak ada retraksi interkosta, **Sirkulasi :** hasil pengkajian didapatkan data akral teraba hangat, tidak tampak sianosis, Tekanan darah 183/84 mmHg, frekuensi nadi 77x/menit kuat dan reguler, *capillary refill time* < 3 detik, bunyi jantung S1 dan S2

reguler, pasien memiliki riwayat hipertensi tapi berobat tidak teratur dan riwayat keluarga hipertensi dan penyakit jantung pada ibu pasien. pasien terpasang infus perifer NaCl 0,9%. Foto rontgen thorax (Tanggal 1 maret 2020): tidak tampak kelainan paru dan terdapat kardiomegali dengan elongasi dan klasifikasi aorta

Pengkajian Stimulus

Stimulus fokal: : perdarahan serebral

Stimulus konstektual: penurunan cardiac output dikarenakan kardiomegali,

Stimulus residual: riwayat hipertensi tidak terkontrol

2) Nutrisi

Tes menelan tersedak dilakukan pemasangan NGT dengan diet susu 1900kkal dalam diberikan 6x 200ml per hari (setiap 4 jam). Estimasi energi 1900kkal, protein 63 gram, lemak 53 gram, karbohidrat 293 gram, Tidak ada retensi lambung setiap pemberian susu, sehingga susu dapat diberikan semua kepada pasien sesuai kebutuhan. Riwayat pola makan di rumah 3x/hari, tidak ada alergi makanan, tidak ada pantangan makan sebelumnya, kerusakan mukosa mulut tidak ada, kebersihan rongga mulut baik. Berat badan 60 kg, tinggi badan 170cm, IMT: 21,76 kg/m persegi, BB ideal 63 kg. Penilaian skining gizi menggunakan *Malnutrition Screening Tool* (MST) dengan skor 0, artinya tidak beresiko malnutrisi.

Hasil pemeriksaan diagnostik (Tanggal 1 maret 2020): GDS 117mg/dL

Pengkajian Stimulus

Stimulus fokal: : kelemahan otot mengunyah dan menelan, disfungsi menelan

Stimulus konstektual: perdarahan serebral

Stimulus residual: -

3) Eliminasi

Pengkajian perilaku

untuk mengevaluasi cairan dan fungsi otonom dipasang kateter. pasien menggunakan *dower catheter*, produksi urine kuning jernih, produksi urine 1200cc/24 jam. Pasien belum buang air besar. Bising usus 12x/menit. Pasien tidak mendapatkan terapi yang mempengaruhi pola dan frekuensi eliminasi.

Pengkajian Stimulus

Stimulus fokal: penggunaan kateter urin

Stimulus konstektual:-

Stimulus residual: -

4) Aktivitas dan istirahat

Pengkajian Perilaku

Pasien hanya berbaring di tempat tidur. Pengkajian pola tidur sulit dinilai. Penilaian status fungsional dengan *Barthel Index* dengan skor 6 (ketergantungan berat) jadi perlu bantuan sepenuhnya. Terdapat kelemahan pada keempat anggota gerak dengan pengkajian kekuatan otot yaitu

4444	5555
4444	5555

Dari data pengkajian diatas dapat disimpulkan klien mengalami keterbatasan mobilitas fisik yang dipengaruhi oleh efek kerusakan pada hemisfer kiri di otak

Pengkajian stimulus

Stimulus fokal: kelemahan anggota gerak

Stimulus konstektual: perdarahan intraparenkim kapsula interba-ekterna dan nukleuslentiforma posterior kiri

Stimulus residual: -

5) Proteksi

Pengkajian Perilaku

Hasil pengkajian didapatkan data temperatur kulit hangat suhu 36,8°, nilai laboratorium menunjukan peningkatan kadar leukosit 12.840 gr/ dl, peningkatan neutrofil 80%, limposit 12% (low). Pengkajian risiko jatuh pasien menggunakan *Fall Morse Scale* yaitu 40 yang bermakna risiko jatuh sedang, skala braden 19, artinya resiko dekubitus rendah. Klien mendapatkan manitol 4 x 125 ml IV, amlodipin 1 x10 mg oral, captopril 3x 25 mg oral dan paracetamol 3x 1000mg oral.

Pengkajian Stimulus

Stimulus fokal : -

Stimulus konstektual : -

Stimulus residual : -

6) Sensasi

Pengkajian Perilaku

Klien tidak menunjukkan perubahan perilaku yang meliputi penglihatan, pendengaran. Sensasi nyeri didapatkan skala nyeri 3 dengan melihat wajah pasien. Perawat melakukan pengkajian terkait perubahan perilaku pasien yang cenderung diam dan meringis dan mengeluh nyeri dikepala karena hipertensi.

Dapat disimpulkan pasien mengalami perubahan perilaku terhadap sensasi

Pengkajian Stimulus

Stimulus fokal: : vasokonstriksi pembuluh darah, nyeri kepala

Stimulus kontekstual: penurunan cardiac output dikarenakan kardiomegali, peningkatan TIK

Stimulus residual: -

7) Cairan elektrolit

Pengkajian Perilaku

Hasil pengkajian didapatkan data turgor kulit baik, pitting edema tidak ada, tidak tampak ada oedema baik pada palpebra dan daerah ekstremitas atas maupun bawah, mukosa bibir lembab. Pasien mendapatkan terapi cairan intravena perifer dengan NaCl 0,9% 1000cc/24jam dan manitol 125ml . Hasil pemeriksaan diagnostik (Tanggal 1Maret 2020): Natrium 135 mEq/L, kalium 3,6 mEq/L dan klorida 101 mEq/L. Hasil pemeriksaan elektrolit masih dalam batas normal sehingga tidak dilakukan koreksi.

Pengkajian Stimulus

Tidak ada stimulus yang muncul pada pasien, perilaku pasien adaptif.

8) Neurologi

Pengkajian Perilaku

Kesadaran compos mentis dengan nilai GCS E4M6Vafasia, pemeriksaan pupil bulat isokor 3mm/3mm, reaksi cahaya langsung/reaksi cahaya tidak langsung ++/++, pemeriksaan saraf kranial yang bermasalah Gangguan pada N.VII (facialis) dextra dan XII dextra sentral, kerusakan area broca menyebabkan afasia motorik, Hemiparese dekstra, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif. Pengkajian khusus stroke FAST di IGD didapatkan F:

wajah sedikit miring, A: hemiparese dextra, S:afasia, T: kejadian 5 jam yang lalu, pengkajian NIHSS dengan skore 15 . Pemeriksaan CT scan tanggal 1Maret 2020 terdapat pendarahan intraparenkim kapsula interna-eksterna dan nukleus lentiform posterior kiri, setimasi volume 7,7 cc

Pengkajian stimulus

Stimulus fokal: perdarahan serebral, peningkatan TIK

Stimulus kontekstual:-

Stimulus residual: riwayat hipertensi

9) Endokrin

Pengkajian Perilaku

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit DM . Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu : GDS 117 mg/dl..

Pengkajian Stimulus

Stimulus fokal : -

Stimulus kontekstual : -

Stimulus residual : -

b. Mode Adaptasi Konsep Diri

Pengkajian Perilaku

1) Sensasi tubuh

Pasien merasakan kepala seperti berdenyut-denyut dengan sering memegang kepala dan mencoba merubah posisi yang nyaman, dibuktikan dengan ketika ditanya kepalanya sakit dan berdenyut pasien menganggukan kepala, ketika ditanya posisi tidurnya nyaman pasien menggelengkan kepala.

Pengkajian stimulus : Pasien bersepon baik terhadap stimulus yang diterima, dan klien adaptif

2) Citra tubuh

Dikarenakan pasien sulit berbicara, bibir mencong sehingga ketika ditanya kondisi tubuhnya dan menunjukan anggota gerak yang lemah pasien terkadang istigfar dengan nada yang kurang jelas dan raut wajah sedih. Keluarga menceritakan bahwa pasien kesehariannya pemain sepak bola.

Pengkajian stimulus

Stimulus fokal : kelemahan anggota sisi tubuh (hemiparese)

Stimulus kontekstual : perasaan negatif tentang tubuh karena kelemahan anggota gerak, gangguan fungsi tubuh

Stimulus residual : pasien pemain sepak bola

3) Konsistensi tubuh

Pasien hanya berbaring di tempat tidur. Hal tersebut tidak membuat pasien merasa mengalami keterbatasan, karena keluarga membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan.

Pengkajian stimulus : Pasien bersepon baik terhadap stimulus yang diterima, dan klien adaptif

4) Ideal diri

Pengkajian perilaku ideal diri melihat ekspresi dan respon pasien serta keluarga. Keluarga mengatakan pasien merasa terjadi penurunan kemampuan, tetapi keluarga keluarga sering memberikan motivasi kepada pasien untuk menerima kondisi saat ini dengan terus berdoa dan bersitigfar untuk kesembuhannya sehingga pasien merasa tidak ada yang berubah terhadap ideal diri nya.

Pengkajian stimulus :Pasien bersepon baik terhadap stimulus yang diterima, dan klien adaptif

5) Moral etik- spiritual diri

Pasein terlihat sering istigfar meskipun intonasinya tidak jelas, berusaha beribadah wudu dan sholat ditempat tidur dengan bantuan keluarga.

Pengkajian Stimulus:-

6) Mode Adaptasi Fungsi Peran

Pengkajian Perilaku

Ketika ditanya pekerjaan dan kegiatan sehari-hari pasien hanya bisa diam dan terkadang mengatakan kata-kata yang kurang jelas, dan terlihat raut wajah yang terkadang sedih, Menurut keluarga, Tn. AR merupakan kepala keluarga yang baru pensiun bekerja dan aktivitasnya sekarang adalah bermain sepak bola. Pasien bekerja menghidupi istri dari uang pensiunan. Anaknyanya adanya yang sudah bekerja

dan ada yang masih sekolah. Selama dirawat di rumah sakit pasien ditemani oleh istri atau anaknya.

Stimulus fokal: perubahan fungsi peran

Stimulus konstekstual: dampak hospitalisasi

Stimulus residual: -

7) Mode Adaptasi Interdependensi

Pengkajian Perilaku

Keluarga menjadi sistem pendukung bagi kesembuhan pasien. Keluarga tampak cemas dengan kondisi pasien saat ini, anak-anak juga merasa ada yang hilang ketika bapak berada di rumah sakit. Istri dan anak pasien bergantian menjaga pasien di rumah sakit.

Pengkajian Stimulus

Tidak ada stimulus, perilaku adaptif

2.3.4 Analisa Data

Setelah melakukan pengkajian pada pasien selanjutnya menganalisis masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

- 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, etiologi pada masalah keperawatan pada diagnosa ini adalah peningkatan TIK akibat pendarahan intraparenkim kapsula interna-eksterna dan nukleus lentiform posterior kiri diperkirakan estimasi perdarahan 7,7cc . Ditandai dengan nyeri kepala, hipertensi,
- 2) Hambatan Mobilitas Fisik, etiologi pada masalah keperawatan ini adalah kerusakan otak sebelah kiri akibat perdarahan yang membuat perintah gerak pada neuron dan muskulo tidak bisa dihantarkan oleh otak yang ditandai dengan hemiparese dextra ekstermitas atas dan bawah.
- 3) Hambatan Komunikasi Verbal, dengan penyebab masalah keperawatan adalah Gangguan pada N.VII (facialis) dextra, kerusakan area broca menyebabkan afasia motorik
- 4) Gangguan menelan dengan penyebab masalah adanya edema otak akibat perdarahan yang mempengaruhi kelemahan otot mengunyah dan menelan ditandai dengan kesulitan menelan, tersedak, dan terpasang NGT

- 5) Gangguan citra tubuh dengan penyebab masalah keperawatan gangguan fungsi tubuh ditandai dengan kelemahan anggota gerak tubuh(hemiparese)

2.3.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan transport oksigen, peningkatan TIK akibat perdarahan intraparenkim kapsula interna-eksterna dan nukleus lentiform posterior Ditandai dengan nyeri kepala, hipertensi
- b. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan hemisfer kiri ditandai dengan hemiparese dextra ekstermitas atas dan bawah.
- c. Hambatan Komunikasi Verbal berhubungan Gangguan pada N.VII (facialis) dextra, kerusakan area broca yang ditandai dengan afasia motorik
- d. Gangguan menelan yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan akibat disfungsi otot menelan ditandai dengan tersedak ketika ditenan menelan dan terpasang NGT.
- e. Gangguan citra Tubuh berhubungan dengan perasaan negatif tentang tubuh karena kelemahan anggota gerak (hemiparese).

2.3.6 Tujuan Keperawatan

Berdasarkan data hasil pengkajian stimulus dan perilaku serta diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien, maka intervensi yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan perilaku adaptif pasien. Adapun tujuan dari intervensi yang dilakukan terlampir sesuai dengan diagnosa dan tempat dirawat pasien.

2.3.7 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan mengacu pada intervensi yang ditetapkan mengacu kepada *Nursing Intervention Classification* (NIC) yang didasarkan dari diagnosa keperawatan yang ditegakkan selama masa perawatan antara lain:

- 1) Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral

Nursing Intervention Classification: peningkatan perfusi serebral, dengan uraian aktivitas:

Regulator: melakukan monitor *prothrombine time* (PT) dan partial tromboplastion time (PTT), memberikan agen rheologis (mis, manitol dosis rendah atau dekstran dengan berat molekul yang kecil), mempertahankan level glukosa darah dalam batas normal, meninggikan posisi kepala tempat tidur 30 derajat dan monitor respon pasien terhadap pengaturan posisi kepala, Hindari fleksi leher atau fleksi panggul/lutut yang ekstrem, hindari hipertermi, Pertahankan PCO₂ pada level 25 mmHg atau lebih, Monitor status neurologis, Monitor parameter pengiriman oksigen jaringan (mis; PaCO₂, SaO₂, dan level hemoglobin dan curah jantung), jika tersedia, Monitor nilai laboratorium adanya perubahan oksigenasi atau keseimbangan asam basa sesuai kebutuhan, Monitor intake output

2) Hambatan Mobiltas fisik

Nursing Intervention Classification : latihan mobilisasi sendi, dengan uraian aktivitas:

Regulator: Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi, Kolaborasikan dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan, Tentukan level motivasi pasien untuk meningkatkan atau memelihara pergerakan sendi, Jelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, Lindungi pasien dari trauma selama latihan, Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif, Dukung latihan ROM pasif dan ROM dengan bantuan sesuai indikasi, Instruksikan pasien/keluarga cara melakukan latihan ROM pasif, ROM dengan bantuan atau ROM aktif, Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan ROM aktif. Menerapkan EBN pelvis training sesuai kemampuan pasien

Kognator: Anjurkan pasien untuk menurunkan stress dengan menggunakan teknik *guide imegery*

3) Hambatan Komunikasi Verbal

Nursing Intervention Classification: mendengar aktif, Peningkatan komunikasi ; *gangguan berbicara* dengan uraian aktivitas:

Regulator : untuk mendengar aktif yaitu Gunakan perilaku nonverbal untuk memfasilitasi komunikasi, Pertimbangkan arti pesan yang ditunjukkan melalui

perilaku, pengalaman sebelumnya dan situasi saat ini, Klarifikasi pesan yang diterima dengan menggunakan pertanyaan maupun memberikan umpan balik

Gunakan interaksi berkala untuk mengeksplorasi arti dari perilaku pasien. Regulator: peningkatan komunikasi dengan cara Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis terkait kemampuan berbicara, Monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi atau respon lain disebabkan karena gangguan bicara, Sediakan metode alternatif untuk berkomunikasi dengan berbicara (mis. Menulis dimeja, menggunakan kartu, kedipan mata, dll), Ulangi apa yang disampaikan pasien untuk menjamin akurasi, Ungkapkan pertanyaan dimana pasien dapat menjawab dengan menggunakan jawaban sederhana ya atau tidak. Kolaborasi bersama keluarga dan ahli/terapis bahasa patologi untuk mengembangkan rencana agar bisa berkomunikasi secara efektif.

4) Gangguan menelan

Nursing Intervention Classification : Terapi menelan

Regulator : kolaborasi dengan anggota tim medis yang lain tentang terapi okupasional, ahli patologi wicara, ahli diet. Jelaskan rasional latihan menelan ini pada pasien dan keluarga, hindari penggunaan sedotan untuk minum, bantu pasien untuk duduk tegak untuk latihan makan, intruksikan pasien untuk membuka dan menutup mulut terkait dengan persiapan memanipulasi makanan, sediakan permen tusuk untuk dihisap pasien untuk meningkatkan kekuatan lidah, monitor tanda dan gejala aspirasi, sediakan sesi praktek terjadwal untuk pasien, konsultasikan untuk meningkatkan konsistensi makanan pasien secara bertahap, sediakan perawatan mulut sesuai kebutuhan, bantu untuk intake cairan dan kalori sesuai kebutuhan.

2.3.8 Evaluasi keperawatan

Pasien menjalani masa perawatan selama 7 hari sejak tanggal 1 Maret 2020 dan dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 1 Maret 2020 ketika di IGD sampai pasien berada di ruang rawat gedung A lantai 5. Pasien masuk melalui IGD dan. Evaluasi keperawatan dari intervensi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien adalah sebagai berikut:

Evaluasi pasien selama di IGD

1) Kerusakan perfusi jaringan serebral

Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam di IGD , Kerusakan perfusi jaringan serebral yang membaik dengan ditandai oleh kesadaran CM, kerusakan neurologis tidak bertambah, TD :160/88 mmHg, Nadi: 80x/menit, suhu : 36,5C, saturasi oksigen 99%, nyeri kepala skala 1, pasien mendapatkan terapi manitol 4 x 125 ml IV,amlodipin 1 x10 mg oral, captopril 3x 25 mg oral dan paracetamol 3x 1000mg oral, hasil lab protrombin 11,2 detik (kontrol 11,6), APTT 44,8 detik (kontrol 32,5), balance cairan 1200-1150=50/24jam,

Analisa intervensi: kerusakan perfusi serebral teratasi sebagian.

2) Hambatan Mobilitas fisik.

Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam di IGD, hasil evaluasi intervensi yang dilakukan adalah, kekuatan otot pasien 4444/5555 pasien hanya bisa tidur ditempat tidur.

Analisa intervensi : Hambatan Mobilitas Fisik

3) Hambatan komunikasi Verbal

Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam di IGD, hasil evaluasi intervensi yang dilakukan pasien masih mengalami afasia motorik, pasien cenderung diam dan terkadang mengerang dengan nada bicara tidak jelas.

Analisis intervensi : Hambatan komunikasi Verbal.

4). Gangguan Menelan

Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam di IGD, hasil evaluasi intervensi yang dilakukan pasien menggunakan NGT, belum dilakukan latihan terapi menelan, Tidak ada retensi lambung, direncanakan diet susu 1900kkal dalam diberikan 6x 200ml per hari (setiap 4 jam).

Analisis intervensi : Gangguan Menelan

Evaluasi pasien di ruang perawatan

1) Kerusakan perfusi jaringan serebral

Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, Kerusakan perfusi jaringan serebral yang membaik dengan ditandai oleh kesadaran CM, kerusakan neurologis tidak

bertambah, TD :155/88 mmHg, Nadi: 85x/menit, suhu : 36,4C, saturasi oksigen 98%, nyeri kepala skala 1, pasien mendapatkan terapi manitol 4 x 125 ml IV, amlodipin 1 x10 mg oral, captopril 3x 25 mg oral dan paracetamol 3x 1000mg oral, hasil lab protrombin 11,2 detik (kontrol 11,6), APTT 44,8 detik (kontrol 32,5), balance cairan 1200-1150=50/24jam, dan evaluasi perharian terlampir.

Analisa intervensi: kerusakan perfusi serebral teratasi sebagian.

2) Hambatan Mobilitas fisik.

Setelah dilakukan perawatan selama 6x24 jam, hasil evaluasi intervensi yang dilakukan adalah, kekuatan otot pasien 4444/5555 pada ekstermitas atas dan bawah, rentang gerak meningkat, pasien sudah bisa duduk, pasien dan keluarga sudah bisa melakukan ROM aktif dan pasif, pasien sudah mulai melatih otot pelvis ditempat tidur, untuk merilekan pikiran dan otot pasien dibantu perawat dalam melakukan guided imagery. Tindakan dan evaluasi per hari terlampir.

Analisa intervensi : Hambatan Mobilitas Fisik

3) Hambatan komunikasi Verbal

Setelah dilakukan perawatan selama 6x24 jam, hasil evaluasi intervensi yang dilakukan pasien masih mengalami afasia motorik, pasien sudah bisa menggunakan bahasa isyarat dengan tangan dan menggelengkan kepala ketika ditanya keluarga dan petugas kesehatan, pasien mulai berusaha berbicara meskipun tidak jelas suaranya. Tiindakan dan evaluasi per hari terlampir.

Analisis intervensi : Hambatan komunikasi Verbal.

4) Gangguan Menelan

Setelah dilakukan perawatan selama 6x24 jam, hasil evaluasi intervensi yang dilakukan pasien menggunakan NGT, telah dilakukan terapi menelan oleh fisioterapi dan perawat, pasien juga mendapat diet susu 1900kkal dalam diberikan 6x 200ml per hari (setiap 4 jam). Estimasi energi 1900kkal, protein 63 gram, lemak 53 gram, karbohidrat 293 gram, Tidak ada retensi lambung setiap pemberian susu, sehingga susu dapat diberikan semua kepada pasien sesuai kebutuhan. Tindakan dan evaluasi per hari terlampir.

Analisis intervensi : Gangguan Menelan

2.4 Gambaran Resume 30 Kasus

Selama praktik residensi selain mengelola kasus utama penulis juga mengelola 30 kasus neurologi lainnya dengan menggunakan pendekatan teori adaptasi Roy. Kasus yang paling banyak ditemukan diantaranya stroke sebanyak 4 pasien (13,3%), epilepsi, tumor otak, mieloma, GBS masing-masing 3 orang pasien (10%), status epileptikus, tetraparesis, CIDP dan trauma kepala masing-masing (6,7%), dan sisanya adalah SOL, subdural Hideroma, hemiparesis, contusio cerebri, penurunan kesadaran, meningioma ditemukan masing-masing sebanyak 1 orang pasien (3,3%). Pada 30 kasus yang dikelola tersebut, pasien yang paling banyak adalah yang berjenis kelamin laki-laki yaitu 14 pasien (46,7%) dan perempuan sebanyak 11 pasien (36,7%). Rata-rata umur pasien adalah 46,63 tahun dengan usia yang paling tua adalah 77 tahun dan usia paling muda 25 tahun. Masalah keperawatan yang ditemukan pada 30 kasus paling banyak adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, kemudian disusul nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, risiko jatuh, hambatan komunikasi verbal, gangguan menelan, intoleransi aktivitas, ketidak efektifan pola nafas, risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, ansietas. Sedangkan intervensi keperawatan yang banyak dilakukan antara lain monitoring tekanan intra kranial (TIK), manajemen edema serebral, peningkatan perfusi serebral, manajemen energi, monitoring neurologi, manajemen nyeri, manajemen kejang, terapi menelan, kateterisasi urin, bantuan perawatan diri, pencegahan jatuh dan peningkatan komunikasi.

BAB 3

EVIDENCE BASE NURSING PRACTICE,

PROYEK INOVASI

3.1 Evidence Base Nursing Practice

3.1.1 Pendahuluan

Stroke adalah penyebab paling umum kedua dalam kematian, serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa di seluruh dunia (Li L. et al, 2014). Di seluruh dunia data kejadian stroke iskemik dan stroke hemoragik meningkat secara signifikan antara 1990 sampai 2010, presentase kejadian dari stroke iskemik mencapai 80% dan hemoragik 20% (Krishnamurthi et al, 2013). Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah pada otak yang biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau sumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak hingga terjadinya kerusakan pada jaringan otak (World Health Organization (WHO, 2016).

Stroke berdampak pada seseorang, seperti kelumpuhan, gangguan bicara, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia (Ayis et al., 2015). Hal ini sehubungan dengan stroke dapat menunjukkan berupa gejala mayor atau minor dan juga bersifat permanen atau menetap, diantaranya gangguan penglihatan, gangguan fungsi motorik dan bicara, dan juga kelumpuhan (Irfan, 2010; Liu, Shi, Shi, Hu, & Jiang, 2016).. Menurut American Academy of Neurology (2017), disabilitas umum yang sering didapatkan pada pasien stroke adalah kelumpuhan atau kelemahan pada satu sisi tubuh yang disebut hemiplegia. Dampak yang umum terjadi setelah seseorang terkena stroke adalah terjadinya hemiparesis (National Stroke Association, 2016). Hemiparesis terjadi karena penyumbatan arteri karotis atau basilaris yang menyebabkan *deficit* pada daerah korteks frontal yang disuplai oleh arteri serebri media dan anterior dimana arteri koroid anterior yang tersumbat dapat mempengaruhi kapsula interna. Hemiparesis akut dapat berkembang sebagai respons terhadap berbagai macam penyakit serebral termasuk perdarahan intraserebral dan stroke iskemik (Kim Min Chan, 2018).

Kondisi pada Hemiparesis pasca stroke memengaruhi gaya berjalan dan merusak hampir 80% pada penderita stroke (Weiss, 2010). Data 28 RS di Indonesia menjelaskan bahwa pasien yang mengalami gangguan motorik sekitar 90,5% (Misbach & Soertidewi, 2011). Gangguan deficit neurologis terutamanya pada motorik ini dapat menyebabkan seseorang

penderita stroke mengalami depresi disebabkan oleh batas dalam pergerakan dan pekerjaan sehari-hari atau *activity of daily life* (Katherine Salter, 2016).

Sekitar dua pertiga pasien setelah stroke menunjukkan kemampuan berjalan yang buruk dan 72% dari mereka menunjukkan defisit motorik ekstremitas bawah yang parah selama pemulihan stroke tahap sub-akut dan kronis. Setelah stroke, pola aktivitas otot yang tidak tepat terkait dengan kelenturan dan kelemahan, kekakuan jaringan lunak pada ekstremitas bawah dan penyimpangan postur tubuh dan panggul dapat mempengaruhi sistem kontrol postural secara keseluruhan. Panggul menjadi struktur utama yang menghubungkan batang ke ekstremitas bawah mendukung berat tubuh dan memindahkan bebannya ke anggota tubuh bagian bawah. Juga, panggul adalah bagian dari tubuh bagian bawah ketika seseorang berada dalam posisi duduk, sehingga menjadi komponen fungsional anggota tubuh bagian bawah ketika seseorang berdiri dan berjalan.

Perawat, sebagai bagian penting dalam proses rehabilitasi pasien stroke memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011). Mobilisasi merupakan kebutuhan fisiologis bagi semua manusia (Potter & Stockert, 2009). Mobilisasi dibutuhkan oleh tubuh dalam mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, dan memperlancar eliminasi (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011). Sehingga diperlukan suatu intervensi keperawatan yang dapat menunjang kebutuhan mobilisasi pasien salah satunya dalam mengoptimalkan stabilitas keseimbangan pelvic.

Stabilitas panggul mengacu pada kemampuan aktivitas terkoordinasi antara batang bawah dan otot pinggul proksimal selama tugas-tugas keseimbangan dan mobilitas fungsional di mana panggul bertanggung jawab terhadap stabilitas proksimal dinamis untuk memungkinkan mobilitas ekstremitas bawah yang efektif. *Pelvic stability training* merupakan protokol latihan yang dirancang berdasarkan neurofisiologis dan aspek biomekanik stabilitas panggul. Selektivitas otot dan ko-kontraksi otot-otot pinggul bagian bawah dan proksimal dicapai melalui pelatihan dan diperkuat melalui panduan terapi dan strategi iradiasi dalam posisi berbaring, duduk dan berdiri. Set dan intensitas latihan dirancang berdasarkan kinerja masing-masing pasien sehingga dapat meningkatkan kestabilan pelvic (Dubey et al., 2018).

RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo merupakan rumah sakit rujukan pusat nasional yang merawat pasien stroke dari berbagai daerah di Indonesia. Ruang perawatan 5A Gedung A

RSCM merupakan ruang perawatan neurologi yang merawat pasien-pasien dengan gangguan neurologi salah satunya stroke. Tercatat sebanyak 301 pasien stroke dirawat di ruang tersebut selama tahun 2018. Berdasarkan wawancara dengan dua orang perawat primer, satu orang fisioterapis dan hasil pengamatan di Ruang 5A, belum ada intervensi rehabilitasi spesifik yang dilakukan untuk meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL melalui kestabilan keseimbangan panggul. Melalui proposal program EBN ini, penulis ingin mengetahui efektifitas penerapan *pelvic stability training* terhadap kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusomo.

3.1.2 Tujuan

3.1.2.1 Tujuan Umum

Penulisan makalah ini sebagai landasan dalam penerapan *pelvic stability training* terhadap kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke.

3.1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penerapan *evidence based nursing* adalah:

- a. Melakukan *critical appraisal* terhadap hasil penelitian tentang efektifitas *pelvic stability training* terhadap kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan penerapan *pelvic stability training* terhadap kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke
- c. Mengidentifikasi efektifitas *pelvic stability training* terhadap kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke.

3.1.3 Manfaat

3.1.3.1 Bagi pasien

Hasil penerapan EBN ini diharapkan dapat meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien stroke dengan dilakukannya *pelvic stability training*

3.1.3.2 Bagi pelayanan keperawatan

EBN ini dapat dijadikan dasar intervensi keperawatan dalam rehabilitasi spesifik keseimbangan pelvic pada pasien stroke sehingga dapat meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien stroke.

3.1.4 Penetapan PICO dan Pertanyaan Klinis

Hasil identifikasi dilakukan melalui analisa menggunakan konsep PICO untuk mempermudah dalam perumusan pertanyaan klinis dan penelusuran *literature review* yang sesuai dengan masalah yang muncul pada layanan keperawatan.

Tabel 3.1 Analisis PICO

PICO	Analisis
P	Penurunan stabilitas panggul
I	<i>Pelvic stability training</i>
C	Standar rehabilitasi pasien stroke di rumah sakit
O	Peningkatan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien stroke

Pertanyaan klinis :

Apakah intervensi *pelvic stability training* efektif untuk meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien stroke?

3.1.5 Hasil Penelusuran *Evidence*

Menggunakan 2 kata kunci dan beberapa sinonimnya dari analisa PICO, residen memasukkannya ke dalam *search engine* jurnal sebagai berikut :

- a. Clinical Key
- b. CINAHL
- c. Willey
- d. Pubmed

Dari hasil penelusuran tersebut didapatkan 4 judul artikel, kemudian dipilih sebanyak 1 yang relevan. Kesesuaian dengan keadaan yang sebenarnya di rumah sakit membuat peneliti memilih 1 artikel pilihan artikel *randomized control trial* sebagai rujukan yaitu artikel yang ditulis oleh Lavnika Dubey, Suruliraj Karthikbabu, Divya Mohan (2018) yang berjudul “*Effects of Pelvic Stability Training on Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities after Stroke: A Randomized Controlled Trial*”

3.1.6 TELAAH KRITIS

Penelitian intervensi: apakah hasil penelitian ini valid? (Validitas internal) Ya

Pertanyaan apa yang ditanyakan oleh penelitan?

Patients : Pasien stroke

Intervention : Pelvic Stability Training

Comparison : Standar di rumah sakit

Outcome(s) : Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities

Tabel 3.2 Pertanyaan Telaah Kritis

1a. R- apakah pasien diacak dalam penelitian ini?	
Apa yang paling baik?	Dimana saya memperoleh informasi tersebut?
<i>Pengacakan komputer terpusat sangat ideal dan sering digunakan dalam penelitian multi-centred. penelitian yang lebih kecil dapat menggunakan orang independen (mis., Bagian farmasi rumah sakit) untuk "mengawasi" pengacakan tersebut.</i>	Bagian Methods akan memberikan informasi bagaimana pengacakan dilakukan
<p>Artikel ini:</p> <p>Ya</p> <p>Desain penelitian ini adalah <i>Randomized Controlled trial</i> yang dilakukan oleh komite etik. Metode random menggunakan metode amplop tertutup dipakai untuk menetapkan secara acak pasien pada kelompok kontrol atau kelompok intervensi.</p> <p>Dapat dilihat di <i>material and methods</i></p> <p><i>"They were then assigned into either the experimental group (pelvic stability training) or control group (standard physiotherapy) through the block randomization method with concealed allocation using opaque sealed envelopes."</i></p>	
1b. R- apakah kedua kelompok memiliki persamaan di awal penelitian?	
Apa yang paling baik?	Dimana saya memperoleh informasi tersebut?
Jika proses pengacakan berhasil	Hasil harus memiliki tabel " <i>Baseline characteristic</i> " yang membandingkan








<p>(yaitu, mencapai kelompok yang sebanding) kelompok harus serupa. Semakin mirip grup, semakin baik. Harus ada beberapa indikasi apakah perbedaan antar kelompok signifikan secara statistik (mis. <i>P value</i>).</p>	<p>kelompok secara acak pada sejumlah variabel yang dapat mempengaruhi hasil (misalnya usia, faktor risiko, dll). Jika tidak, di paragraf pertama bagian <i>result</i> mungkin ada deskripsi kesamaan kelompok.</p>
<p>Artikel ini:</p> <p>Ya</p> <p>Semua karakteristik partisipan dalam penelitian ini homogen yaitu usia, jenis kelamin, jenis stroke, durasi, nilai, <i>hip muscles strength (lb.)</i>, <i>gait speed</i>, <i>pelvic tilt and modified Barthel Index (MBI)</i>. Tidak ada perbedaan signifikan pada kedua kelompok berdasarkan karakteristik. Hal ini dilihat dari <i>P value</i> masing-masing karakteristik yang $>0,05$</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbedaan usia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan <i>p value</i> 0,34 2. Perbedaan jenis kelamin pada kelompok kontrol dan intervensi dengan <i>P value</i> 0,85 3. Perbedaan tipe stroke antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 1,0 4. Perbedaan <i>affected side</i> antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,680 5. Perbedaan durasi antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,44 6. Perbedaan <i>Hip flexors strength</i> antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,32 7. Perbedaan <i>Hip extensors strength (lb.)</i> antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,66 8. Perbedaan nilai <i>Gait speed</i> antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,22 9. Perbedaan nilai Anterior pelvic tilt antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,81 10. Perbedaan nilai Lateral pelvic tilt antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,32 11. Perbedaan nilai <i>MBI</i> antara kelompok intervensi dan kontrol dengan <i>p value</i> 0,95 <p>Dapat dilihat di Table 1. “<i>Demographic characteristics out-come variables at baseline</i>”</p>	
<p>2a. A – Selain intervensi yang dilakukan, apakah kedua kelompok diperlakukan sama?</p>	
<p>Apa yang paling baik?</p>	<p>Dimana saya memperoleh informasi tersebut?</p>
<p>Selain intervensi yang dilakukan, kedua kelompok pasien seharusnya memperoleh perlakuan yang sama, misalnya: intervensi atau pemeriksaan tambahan</p>	<p>Bagian Methods untuk jadwal tindak lanjut, dan intervensi tambahan yang diperbolehkan, dan sebagainya. Bagian results memberikan informasi aktual.</p>

Artikel ini:

Ya

Baik kelompok intervensi dan kelompok kontrol berpartisipasi dalam program rehabilitasi stroke dari rumah sakit. Pada kelompok intervensi dilakukan latihan *Pelvic Stability Training* untuk meningkatkan *Movement Control*, *Hip Muscles Strength*, *Walking Speed and Daily Activities*. Kedua kelompok sama-sama diberikan perlakuan 3 hari dalam seminggu dan dilakukan evaluasi dengan FMA, Barthel Indeks dan kekuatan otot.

Appendix 1

Pelvic stability training exercises	Techniques of exercise performance
	Pelvic bridge: Person with stroke is in crook lying position with least involved leg crossing over the most involved leg. She is then instructed to lift the pelvis off the plinth and hold it 5 seconds, but not allowing the lumbar spine to hyperextend. This exercise targets the hip extensor and the lower trunk oblique abdominals. The exercise was progressed to pelvic sway while maintain the dynamic bridge position.
	Unilateral pelvic bridge with postural sway: Pelvic bridge on the plinth as the starting position, the person's most affected leg is placed on a Swiss ball. While maintaining the pelvic bridge on the weight bearing extremity, he was then instructed to stabilize the moving ball below the most involved leg. Also, the dynamic co-activity of lower trunk and hip muscles are retrained by moving the physio ball medio-laterally and antero-posteriorly.
	Lower trunk and pelvic rotation stability: Person with stroke is lying on the least involved side with hips and knees flexed to 90°. Therapist stands facing her with the lower extremities supported around the arm. The other arm is placed at the lower rib cage with hand at lateral aspect of pelvis i.e., over gluteus medius. She was instructed to lift both knees together towards the ceiling and hold 5 seconds that activates the external and internal oblique abdominal muscles bilaterally.
	Tri-phasic activity of hip extensor and flexor: Person with stroke is lying on least involved side with bottom leg's hip and knee flexed to 90°. The top hip is extended; knee is flexed to 90° and the foot resting on therapist's hip/pelvis. Therapist's one hand is kept at gluteus maximus muscle and other hand is placed around the knee. She is then instructed to extend the hip isometrically in the inner range followed by isotonic contraction of hip flexors from outer to inner range.
	Clamp shell exercise for gluteus medius: Patient is lying on the most involved side with both hips and knees flexed to 90°. Therapist places the hand at the distal 1/3 of the lateral aspect of thigh i.e., above lateral femoral condyle and the other hand stabilizing the patient's pelvis. She is instructed to abduct the top hip against the therapist's manual resistance while keeping both knees flexed. Irradiation of hip abductors on least involved side overflows to gluteus medius of most involved side.
	Dynamic pelvic stability in sitting: While seated on an unstable support surface and feet kept on another therapist, the patient is instructed to reach forwards, sideways and diagonal directions. These movements are encouraged in keeping the trunk erect with anteriorly tilted pelvis where the dynamic stability of pelvis is controlled by the coactivity of gluteus maximus, lower trunk oblique abdominal and quadratus lumborum muscles.
	Dynamic pelvic stability in standing: While in walk standing and step standing positions, the dynamic weight shifts between feet are training by forward and diagonal reach-outs. Therapist's one hand activates the gluteus maximus and medius muscles whereas another hand activates the lower abdominal muscles so as to allow posterior tilt and dynamic stability of pelvis during weight transfer and reach-outs. The exercises are then practiced by changing the positions of most and least involved lower extremities.

Appendix 2

2b. A – Apakah semua pasien yang mengikuti penelitian dicatat? - dan apakah mereka dianalisis dalam kelompok yang diacak?	
Apa yang paling baik?	Dimana saya memperoleh informasi tersebut?
Kehilangan <i>follow up</i> sebaiknya minimal, setidaknya kurang dari 20%. Namun, jika beberapa pasien memiliki hasil yang menarik, maka bahkan kehilangan <i>follow up</i> yang kecilpun dapat membiaskan hasilnya. Pasien juga harus dianalisis dalam kelompok di mana mereka diacak– ‘ <i>intention-to-treat analysis</i> ’.	Bagian Results akan menyatakan berapa pasien yang diacak. (contohnya:tabel <i>Baseline Characteristics</i>) dan berapa pasien yang sebenarnya ikut dalam penelitian. Anda harus membaca bagian result untuk mengkonfirmasi jumlah dan alasan kehilangan <i>follow up</i> pasien..
Artikel ini: Ya <p>Semua partisipan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi masing-masing berjumlah 13 orang yang mengikuti prosedur penelitian sampai selesai. Pada proses penelitian terdapat drpout dari penelitian sejumlah 4 orang dengan alasan karena tidak mengikuti protokol intervensi secara keseluruhan.</p> <p>Dapat dilihat di <i>Results and Fig. 1. Flow chart shows the study organization:</i></p> <p><i>“After screening 73 patients for study eligibility, 34 patients met the inclusion criteria. Of the 17 patients who were assigned to each treatment group, 13 patients completed the specific intervention protocol.”</i></p>	
3. M - apakah pengukuran objektif, atau apakah pasien dan peneliti tetap “blind” terhadap intervensi apa yang diterima??	
Apa yang paling baik?	Dimana saya memperoleh informasi tersebut?
Yang paling ideal adalah bila penelitian ini adalah 'double-blinded' - yaitu, pasien dan peneliti tidak mengetahui alokasi intervensi. Jika hasilnya obyektif (mis., Kematian) maka “ <i>blinding</i> ” kurang kritis. Jika hasilnya subyektif (mis., Gejala atau fungsi) maka “ <i>blinding</i> ” penilaian sangat penting..	Pertama, lihat di bagian Methods untuk melihat apakah ada beberapa penyebutan perawatan, (misalnya, plasebo dengan penampilan yang sama atau terapi palsu.) Kedua, bagian Methods harus menggambarkan bagaimana hasil dinilai dan apakah penilai mengetahui intervensi yang diterima pasien.
Artikel ini: No <p>Penelitian ini berjenis <i>single-blind study</i></p>	

Apa hasilnya?

1. Berapa besar dampak intervensi ini?	
Most often results are presented as dichotomous outcomes (yes or not outcomes that happen or don't happen) and can include such outcomes as cancer recurrence, myocardial infarction and death. Consider a study in which 15% (0.15) of the control group died and 10% (0.10) of the treatment group died after 2 years of treatment. The results can be expressed in many ways as shown below.	
Apa pengukurannya?	Apa artinya?
<p>Relative Risk (RR) = resiko pada hasil yang diperoleh kelompok intervensi / resiko hasil pada kelompok kontrol.</p> <p>Pada penelitian ini: $RR = 0.53/0.13 = 4$</p> <p><i>Dapat dilihat di table 2. Comparison of outcome measures within and between groups.</i></p>	<p>Risiko relatif memberi tahu kita berapa kali lebih besar kemungkinannya bahwa suatu peristiwa akan terjadi pada kelompok perlakuan relatif terhadap kelompok kontrol. $RR=1$ berarti bahwa tidak ada perbedaan antara kedua kelompok sehingga pengobatan tidak berpengaruh. $RR < 1$ berarti perawatan mengurangi risiko hasilnya. $RR > 1$ berarti bahwa perawatan meningkatkan risiko hasil.</p> <p>Bila $RR < 1$, pengobatan mengurangi risiko kematian.</p> <p>Dalam penelitian, nilai $RR > 1$, sehingga <i>Pelvic Stability Training</i> dapat meningkatkan <i>Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities</i> pada pasien stroke</p>
<p>Absolute Risk Reduction (ARR) = resiko hasil pada kelompok kontrol - resiko hasil pada kelompok intervensi. Ini juga dikenal sebagai <i>absolute risk difference</i>.</p>	<p>Pengurangan risiko absolut memberi tahu kita perbedaan absolut dalam tingkat kejadian antara kedua kelompok dan memberikan indikasi risiko awal dan efek intervensi. $ARR = 0$ berarti bahwa tidak ada perbedaan antara kedua kelompok sehingga intervensi tidak berpengaruh.</p> <p>Manfaat absolut dari intervensi adalah pengurangan 5% dalam tingkat kematian.</p>

<p>Pada penelitian ini:</p> $ARR = 0.53 - 0.13 = 0.4 \text{ atau } 40\%$	<p>Dalam penelitian, nilai ARR 40% yang berarti intervensi yang diberikan yaitu <i>Pelvic Stability Training</i> dapat meningkatkan <i>Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities</i> pada pasien stroke sebanyak 40%</p>
<p>Relative Risk Reduction (RRR) = <i>absolute risk reduction</i> / resiko hasil pada kelompok kontrol. Cara alternatif untuk menghitung RRR adalah dengan mengurangi RR dari 1. (contoh: $RRR = 1 - RR$)</p> <p>Pada penelitian ini:</p> $RRR = 1 - 0.4 = 0.6 \text{ atau } 60\%$	<p>Pengurangan risiko relatif adalah pelengkap RR dan mungkin merupakan ukuran efek intervensi yang paling sering dilaporkan. Ini memberitahu kita pengurangan dalam tingkat hasil pada kelompok intervensi relatif terhadap pada kelompok kontrol</p> <p>Dalam penelitian ini, RRR 60 % yang berarti <i>Pelvic Stability Training</i> dapat meningkatkan <i>Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities</i> pada pasien stroke sebanyak 60% lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol</p>
<p>Number Needed to Treat (NNT) = kebalikan dari ARR dan dihitung sebagai $1/ARR$</p> <p>Pada penelitian ini:</p> $NNT = 1 / 0.4 = 2,5$	<p>NNT mewakili jumlah pasien yang perlu kita intervensi dengan terapi eksperimental untuk mencegah 1 hasil buruk dan menggabungkan durasi intervensi. Signifikansi klinis dapat ditentukan sampai batas tertentu dengan melihat NNT, tetapi juga dengan menimbang NNT terhadap segala bahaya atau efek samping (NNH) terapi.</p> <p>Dalam penelitian ini didapatkan nilai $NNT=3$ orang yang berarti jumlah pasien yang dibutuhkan untuk mewakili intervensi yaitu sebanyak 4 orang</p>
<p>2. Seberapa tepat perkiraan efek intervensi?</p>	

Risiko sebenarnya dari hasil dalam populasi tidak diketahui dan yang terbaik yang bisa kita lakukan adalah memperkirakan risiko sebenarnya berdasarkan sampel pasien dalam percobaan. Estimasi ini disebut estimasi titik. Kita dapat mengukur seberapa dekat estimasi ini dengan nilai sebenarnya dengan melihat interval kepercayaan (CI) untuk setiap estimasi. Jika interval kepercayaan cukup sempit maka kita dapat yakin bahwa estimasi titik kita adalah cerminan yang tepat dari nilai populasi. Interval kepercayaan juga memberi kita informasi tentang signifikansi statistik dari hasil. Jika nilai yang sesuai dengan tidak ada efek jatuh di luar interval kepercayaan 95% maka hasilnya signifikan secara statistik pada tingkat 0,05. Jika interval kepercayaan mencakup nilai yang sesuai dengan tidak ada efek maka hasilnya tidak signifikan secara statistik.

Pada CI95% ditemukan hasil yang signifikan pada perhitungan statistic dengan nilai P value $<0,05$ untuk kelompok intervensi. Hal ini berarti ditemukan perbedaan yang signifikan dalam meningkatkan *Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities* setelah dilakukan *Pelvic Stability Training*

Dapat dilihat di *result dan Table 2. Comparison of outcome measures within and between groups* “*Within-group comparison of all outcome measures post intervention showed statistically significant changes ($p < 0.05$) for both groups. For between-groups comparison, the experimental group, that is, pelvic stability training showed statistically significant improvement in all outcome measures except MBI compared to standard physiotherapy*”

Apakah hasilnya membantu saya untuk merawat pasien ? (Validitas External/Applicability) Pertanyaan yang harus ditanyakan sebelum menerapkan intervensi adalah:

- Apakah pasien saya memiliki banyak perbedaan dibandingkan dengan pasien dalam penelitian ini sehingga hasil penelitian tidak dapat diaplikasikan?
Pasien yang akan dilakukan sama dengan yang akan dilakukan, yaitu pasien post stroke yang kriterianya sama dengan yang ada pada penelitian.

- Apakah intervensi ini sesuai dengan tempat saya?
Ya

Intervensi ini dapat dilakukan pada tempat yang akan dilakukan

- Apakah manfaat dari intervensi ini lebih besar dibandingkan dengan bahaya yang ditimbulkan bagi pasien saya?
Ya

Intervensi ini secara signifikan dapat meningkatkan Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities pada pasien post stroke. Tidak ada potensial kejadian yang dapat membahayakan bagi pasien.

3.1.7 Rencana Pelaksanaan

Subjek dalam penerapan EBN ini adalah seluruh pasien stroke yang menjalani yang menjalani perawatan di ruang rawat inap Neurologi lantai 5 Gedung A zona A RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Kriteria subjek penerapan EBN ini disesuaikan dengan jurnal utama yang menjadi acuan. Kriteria inklusi adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien dengan episode pertama stroke hemoragik atau iskemik
- 2) Mempunyai kemampuan untuk memahami perintah verbal sederhana
- 3) Mempunyai kemampuan berdiri dengan atau tanpa bantuan manual / alat bantu mobilitas,
- 4) Nilai *Brunnstrom* di atas 3 yang mengkaji pemulihan motor ekstremitas.

Sedangkan kriteria eksklusi adalah memiliki disfungsi neurologis dan muskuloskeletal lainnya seperti lesi serebelar, disfungsi persepsi dan riwayat fraktur ekstremitas atau panggul bawah dalam 6 bulan sebelumnya yang mungkin berpotensi mempengaruhi kinerja keseimbangan dan kemampuan berjalan.

Waktu dan Tempat Pelaksanaan

Penerapan EBN ini akan dilaksanakan di lantai 5 zona A dan neurorestorasi poliklinik syaraf RSUP Dr. Cipto Mangunkusomo selama 3 minggu. Rincian kegiatan dan waktu pelaksanaan EBN diuraikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 3.3 Waktu Pelaksanaan EBN

No	Kegiatan	Waktu	Subyek
1.	Identifikasi fenomena	19-29 November 2019	Penulis
2.	<i>Critical appraisal</i>	2-6 Desember 2019	
2.	Penyusunan dan konsultasi proposal	6-12 Desember 2019	Penulis, supervisor
3.	Presentasi proposal	13 Desember 2019	Penulis
4.	Persetujuan pelaksanaan program EBN	16-20 Desember 2019	Supervisor, karu, diklat RS
5.	Penerapan program EBN	23 Desember 2019- 10 Januari 2020	Penulis, perawat
6.	Evaluasi hasil dan penyusunan laporan pelaksanaan EBN	11-16 Januari 2020	Penulis, supervisor, karu, perawat
7.	Presentasi hasil	17 Januari 2020	Penulis, supervisor, karu, perawat

Prosedur Pelaksanaan

a. Tahap Persiapan

- 1) Membuat proposal EBN yang ditujukan kepada Bidang Keperawatan, Komite Etik Keperawatan dan Unit Perawatan RSCM Gedung A.
- 2) Melakukan presentasi proposal EBN di Unit Perawatan RSCM Gedung A.
- 3) Sosialisasi *pelvic stability training* kepada perawat lantai 5 zona A
- 4) Mempersiapkan protap pelaksanaan EBN tentang penerapan *pelvic stability training*.

b. Tahap pelaksanaan

- 1) Mengidentifikasi pasien sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.
- 2) Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan, manfaat penerapan *pelvic stability training* (PST).
- 3) Menilai brunnstorm
- 4) Melatih pasien melakukan PST

- 5) Mengevaluasi ketepatan pasien dalam melakukan PST
 - 6) Melakukan observasi saat pasien melakukan PST selama 30 menit, 3 kali per minggu, selama 3 minggu
 - 7) Melakukan observasi respons dan kondisi pasien selama melakukan PST
- c. Tahap evaluasi
- 1) Melakukan evaluasi tentang PST meliputi analisis kekurangan dan kelebihan pada tahap persiapan, pelaksanaan prosedur PST, serta evaluasi terhadap hasil pemeriksaan fungsi PST pasien.
 - 2) Evaluasi terhadap pencapaian tujuan penerapan EBN

3.2 Proposal Proyek Inovasi

3.2.1 Pendahuluan

Kondisi gangguan sistem neurologi saat ini menjadi permasalahan global (Jette et al., 2017). Terhitung sekitar 6% penyakit neurologis menjadi beban penyakit di dunia dan angka tersebut diperkirakan akan meningkat secara substansial dengan penurunan insiden penyakit menular dan peningkatan populasi yang menua (Murray et al., 2012). Penyakit neurologis adalah kelompok dengan kondisi heterogen yang rentan terhadap variasi dalam perawatan sehingga memerlukan kualitas layanan perawatan yang baik dan memperhatikan keselamatan pasien (Zegers et al., 2011). Mengurangi risiko cedera pada pasien risiko jatuh telah menjadi salah satu tujuan keselamatan pasien internasional berdasarkan *Joint Commission International* (JCI) (Ang et al., 2011).

Pasien dengan gangguan neurologi rentan akan cedera (Jette et al., 2017). Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian jatuh sering terjadi pada pasien neurologi (Ng et al., 2017). Beberapa faktor risiko jatuh telah diidentifikasi yaitu usia lanjut, kelemahan otot, masalah gaya berjalan atau keseimbangan, gangguan penglihatan, perubahan pola miksi dan defekasi, pusing atau vertigo, depresi, defisit kognitif, gangguan pemenuhan aktivitas sehari-hari, penggunaan obat-obatan psikotropika, dan riwayat jatuh (Jalayondeja et al., 2014). Untuk alasan tersebut, beberapa kondisi neurologis tertentu, seperti stroke, demensia, penyakit Parkinson, dan neuropati perifer, memberikan dampak terhadap peningkatan risiko jatuh, khususnya pada saat pasien berada pada unit rawat inap neurologi (Hunderfund et al., 2011).

Rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk menjaga pasien mereka tetap aman (Watson, 2017). Insiden pasien jatuh dapat mencapai angka 11,5 per 1.000 pasien per hari (Watson, 2017). Kejadian jatuh dapat berdampak negatif bagi pasien, hingga 84 persen dari kejadian buruk di rumah sakit adalah terkait dengan kejadian jatuh (Aranda-Gallardo et al., 2018). Tiga puluh persen dari kejadian jatuh tersebut dapat menyebabkan cedera, bahkan empat hingga enam persen menyebabkan cedera serius dan kematian (Oliver et al., 2010). Dari segi fisik, kejadian jatuh sering mengarah pada komplikasi yang lain, seperti patah tulang, laserasi, dan atau perdarahan internal yang signifikan (Gu et al., 2016). Selain dampak fisik, pasien dan keluarga juga dapat mengalami beban psikologis dan atau finansial sebagai akibat dari kejadian jatuh (Jette et al., 2017). Dengan demikian, kejadian jatuh pada pasien dapat menurunkan kualitas layanan kesehatan rumah sakit secara keseluruhan, meningkatkan biaya perawatan rata-rata sebanyak 61%, serta meningkatkan rata-rata lama hari rawat inap sebanyak 12,3 hari (Quigley, 2009).

Menurut akreditasi *Joint Commission International*, pencegahan risiko atuh merupakan tanggung jawab dari seluruh petugas kesehatan baik medis maupun non medis di rumah sakit (Wang et al., 2015). Staf perawat memiliki dampak terbesar terhadap pengurangan kejadian pasien jatuh karena kehadirannya selama 24 jam bersama pasien sehingga perawat memiliki kontak paling konsisten dengan pasien dan terus memantau terhadap perubahan kondisi pasien (King et al., 2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang berfokus pada pencegahan risiko jatuh pasien dapat meningkatkan kualitas layanan keperawatan (Patel, 2019). Berdasarkan literatur, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian jatuh pada pasien rawat inap meliputi "*hourly rounding*" yaitu mengobservasi kondisi pasien setiap jam; meningkatkan komunikasi antar perawat dengan pasien dan keluarga; *medication review*; serta edukasi yang efektif (Chu, 2017).

Beberapa penelitian menjelaskan mengenai intervensi yang tepat untuk menurunkan kejadian pasien jatuh. Program peningkatan pengetahuan dan kesadaran dengan mengintegrasikan pelatihan tim kerja dan meningkatkan strategi implementasi yang tepat terhadap pencegahan pasien jatuh terbukti dapat memberikan perubahan dan peningkatan yang efektif dalam mencegah kejadian jatuh pasien sebanyak 50% (Morgan et al., 2017). Program tersebut meliputi (1) keterlibatan dan komunikasi tim rumah sakit

dalam kegiatan pencegahan kejadian jatuh, (2) kerja tim dan pelatihan dalam peningkatan sistem, (3) dukungan dan pembinaan, serta (4) siklus *Plan-Do-Check-Act* berulang. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa tema-tema yang merupakan komponen penting dari program pencegahan jatuh adalah dukungan kepemimpinan, keterlibatan staf klinis garis depan, penggunaan tim multidisiplin, ketersediaan sistem teknologi informasi, perubahan sikap relatif profesional perawatan kesehatan terhadap kejadian jatuh, dan pendidikan untuk staf klinis (Silkworth et al., 2016).

Selain intervensi yang telah disebutkan diatas, terdapat faktor lain yang berpengaruh terhadap pencegahan kejadian pasien jatuh pada pasien yaitu peran keluarga. Sebuah temuan menjelaskan bahwa meskipun strategi mengenai pencegahan risiko jatuh telah dilaksanakan dan dievaluasi dengan baik oleh tim kesehatan, peran yang dimainkan keluarga pasien dalam pencegahan jatuh perlu menjadi perhatian (Tzeng & Yin, 2009). Tim kesehatan di rumah sakit dinilai perlu mengoptimalkan peran keluarga dalam pencegahan kejadian pasien jatuh yang dapat dicapai dengan peningkatan pengetahuan keluarga mengenai pentingnya mencegah kejadian jatuh.

Media edukasi yang tepat dan efektif tentunya harus dipilih agar dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran keluarga mengenai pencegahan kejadian pasien jatuh. Media edukasi tidak hanya berfungsi sebagai pengingat informasi, tetapi juga memiliki fungsi atensi yaitu kemampuan menarik perhatian peserta sehingga dapat menghasilkan perubahan kognitif, afektif dan psikomotor (Nyoman, 2017). Media edukasi terdiri dari; media cetak, media audiovisual dan komputer. Kelebihan media audiovisual dibandingkan media cetak secara umum menurut Daludu (2017) antara lain; menumbuhkan ketertarikan dan minat peserta untuk mengikuti penyuluhan, dapat menyampaikan informasi lebih banyak, memaparkan gambaran yang bersifat tiga dimensi, efisiensi waktu, dapat diputar ulang hasil rekaman, perhatian peserta lebih difokuskan, perbaikan materi lebih mudah, serta program dapat dibuat dalam waktu yang singkat. Pada pencegahan risiko jatuh, hasil penelitian menunjukkan bahwa edukasi keperawatan melalui media video dapat efektif menurunkan kejadian jatuh pada pasien sebanyak 29,4% (Silkworth et al., 2016).

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) merupakan rumah sakit rujukan pusat nasional yang merawat pasien dari berbagai daerah di Indonesia. Saat ini RSCM sudah terakreditasi JCI dimana *patient safety* salah satunya pencegahan risiko jatuh merupakan

komponen yang menjadi perhatian utama petugas kesehatan. Ruang perawatan 5A Gedung A RSCM merupakan ruang perawatan yang merawat pasien-pasien dengan berbagai gangguan neurologi. Pasien gangguan neurologi yang dirawat secara umum mempunyai kategori *partial care* dan *total care* yang diakibatkan oleh gangguan kognitif, kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas pasien.

Adapun Indikator Prioritas Unit Ruang 5A adalah kesesuaian penilaian risiko jatuh pasien dengan kondisi pasien. Hal ini sejalan dengan ketentuan akreditasi JCI dimana insiden pasien jatuh harus mencapai 0%. Berdasar pada hasil wawancara dengan kepala ruang 5A, terdapat insiden pasien jatuh sebanyak 2 kasus sepanjang tahun 2018 dan meningkat menjadi 3 kasus pada tahun 2019. Dari hasil wawancara tersebut juga didapatkan data bahwa saat terjadinya insiden pasien jatuh, prosedur pencegahan risiko jatuh sudah dilakukan sepenuhnya dengan baik oleh perawat yang berdinas. Berdasarkan hal tersebut, proposal ini akan membahas mengenai analisis situasi dan rencana penerapan program inovasi mengenai pencegahan pasien jatuh di Ruang 5A RSCM.

3.2.2 Tujuan

a. Tujuan Umum

Penulisan proposal ini sebagai landasan dalam penerapan program inovasi mengenai pencegahan pasien jatuh di Ruang 5A RSCM.

b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan proposal ini adalah:

- a) Melakukan analisis situasi mengenai kejadian pasien jatuh di Ruang 5A sesuai dengan Indikator Prioritas Unit
- b) Mengidentifikasi kebutuhan prioritas ruangan berkaitan dengan pencegahan kejadian jatuh.
- c) Menyusun program inovasi terkait pencegahan pasien jatuh di Ruang 5A RSCM.

3.2.3 Manfaat

a. Bagi pasien

Hasil penerapan program inovasi mengenai pencegahan pasien jatuh di Ruang 5A RSCM ini dapat menjamin peningkatan keselamatan pasien sehingga pasien terhindar dari insiden kejadian jatuh yang dapat merugikan pasien dan keluarga.

b. Bagi pelayanan keperawatan

Program inovasi mengenai pencegahan pasien jatuh ini dapat meningkatkan kualitas asuhan layanan perawatan khususnya dalam meningkatkan keselamatan pasien sesuai dengan akreditasi JCI.

3.2.4 Studi Pustaka

a. Definisi *Patient Safety*

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11, 2017). *Institute for Healthcare Improvement* (2016) menyatakan definisi lain dari *patient safety* yaitu suatu usaha atau sistem untuk membuat pelayanan kesehatan terus menerus lebih aman dengan cara mengurangi hal-hal yang membahayakan atau merugikan pasien dan mortalitas yang bisa dicegah.

Patient safety juga bisa diartikan sebagai suatu disiplin dalam sektor pelayanan kesehatan yang mengaplikasikan metode ilmu keselamatan (*safety*) untuk menuju sistem pelayanan kesehatan yang terpercaya (Stavert, 2016). Pengertian lain menyebutkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu atribut dari sistem pelayanan kesehatan yang meminimalisir insiden beserta efeknya dan memaksimalkan proses pemulihan (*recovery*) dari *adverse event* (Stavert, 2016).

b. Standar Keselamatan Pasien

Pentingnya akan keselamatan pasien di rumah sakit, maka di buatlah standar keselamatan pasien di rumah sakit ini akan menjadi acuan setiap asuhan yang akan

diberikan kepada pasien. Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11, 2017) ada tujuh standar keselamatan pasien, yaitu :

- 1) Hak pasien
- 2) Pendidikan bagi pasien dan keluarga
- 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- 6) Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien dan
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

c. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), tujuan keselamatan pasien yaitu: Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

d. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan R.I (2011), sasaran keselamatan pasien yaitu: Ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan Pengurangan pasien risiko jatuh.

e. Definisi Pasien Jatuh

Pasien jatuh merupakan kejadian pasien yang terjatuh ke lantai tanpa sengaja dengan atau tanpa adanya cedera setelahnya (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013). Menurut *American Nursing Association* atau ANA (2009), pasien jatuh merupakan kondisi pasien terjatuh langsung ke lantai atau menimpa sesuatu (peralatan) di lantai yang terjadi tidak sengaja baik yang menimbulkan cedera atau tidak dan terjadi di ruang perawatan. Sedangkan menurut pengertian yang lain, kejadian pasien jatuh adalah kejadian yang mengakibatkan pasien atau seseorang mendadak terbaring atau

terduduk di lantai atau di tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Darmojo, 2004 dalam Syahailatua, 2013).

f. Faktor Resiko yang Menyebabkan Pasien Jatuh

NIH Senior and Health (2015) dalam Gandhi (2016) menyampaikan bahwa ada beberapa faktor risiko yang bisa menyebabkan pasien jatuh, yaitu :

1) Kelemahan otot, terutama pada otot kaki

Kelemahan yang terjadi pada otot terutama otot-otot kaki merupakan salah satu faktor risiko yang penting bagi pasien karena berhubungan dengan kemampuan seseorang atau pasien dalam mempertahankan fleksibilitas dan daya tahannya sendiri ketika bergerak atau berdiri.

2) Faktor Keseimbangan

Keseimbangan menentukan bagaimana seseorang atau pasien. Jika seseorang memiliki keseimbangan yang kurang baik maka risiko untuk jatuh akan semakin besar. Masalah keseimbangan biasanya bisa ditemukan pada pasien dengan gangguan neurologi, arthritis, dan jenis pengobatan tertentu.

3) *Postural Hypotension*

Postural Hypotension merupakan kondisi dimana terjadi penurunan tekanan darah secara tiba-tiba ketika pasien berpindah posisi dari duduk atau berbaring ke posisi berdiri. Kondisi ini biasanya terjadi pada pasien dengan dehidrasi, diabetes, infeksi, atau masalah neurologi seperti Parkinson. Pasien dengan postural hypotension akan mengalami pusing ketika berdiri sebagai akibat penurunan tekanan darahnya yang tiba-tiba sehingga akan beresiko untuk jatuh.

4) Refleks yang Berkurang

Faktor ini biasanya banyak ditemui di pasien lanjut usia, dimana refleks seseorang yang sudah lanjut usia akan menurun dibanding usia-usia sebelumnya sehingga akan sulit menyeimbangkan dirinya ketika akan jatuh.

5) Pemakaian Alas Kaki yang Kurang Tepat

Penggunaan alas kaki yang licin atau terlalu tinggi ketika berjalan juga bisa menyebabkan seseorang atau pasien jatuh.

6) Gangguan Sensori

Pasien dengan gangguan sensori sangat beresiko jatuh sehingga harus lebih berhati-hati dan aware dengan lingkungannya.

7) Gangguan Penglihatan

Pasien dengan gangguan penglihatan memiliki resiko jatuh yang besar karena mereka tidak bisa melihat dengan jelas ketika akan berjalan atau bergerak.

8) Pengaruh Obat-Obatan

Penggunaan obat-obatan kadang memiliki bermacam efek samping yang bisa menjadi faktor penyebab pasien jatuh. Pasien yang mengonsumsi obat dengan efek samping pusing atau bingung (*confussion*) harus berhati-hati karena akan beresiko untuk jatuh.

Centers for Disease Control and Prevention (2016) dalam Bergen et al., (2016) menggolongkan faktor resiko jatuh ke dalam dua kategori yaitu faktor risiko intrinsik dan faktor risiko ekstrinsik sebagai berikut :

- a) Faktor risiko intrinsik meliputi : usia lanjut, riwayat jatuh sebelumnya, kelemahan otot, masalah keseimbangan, kemampuan penglihatan yang berkurang, kondisi postural hypotension, kondisi medis kronik seperti arthritis, diabetes, stroke, Parkinson, inkontinensi, dan demensia, serta rasa khawatir atau takut dari pasien sendiri akan insiden jatuh
- b) Faktor risiko ekstrinsik meliputi : kurangnya pegangan pada tangga, desain tangga yang kurang tepat, kurangnya pegangan pada kamar mandi, penerangan yang terlalu redup atau terlalu silau, adanya benda-benda yang berpotensi menghambat atau menyebabkan tersandung, kondisi permukaan atau lantai yang licin dan tidak rata, penggunaan obat-obatan psikoaktif, dan penggunaan alat bantu berjalan yang kurang tepat

g. Pencegahan Pasien Jatuh

Menurut *American Nursing Association* (2009) dalam Santos et al., (2012), ada beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mencegah kejadian pasien jatuh yaitu :

- 1) Melakukan pengkajian resiko jatuh Pengkajian resiko jatuh menggunakan *Morse Fall Scale* merupakan langkah pertama yang harus dilakukan dan harus sudah dilakukan sejak di bagian penerimaan dan dilakukan ulang setiap 24 jam.
- 2) Jika hasil pengkajian menunjukkan pasien mempunyai nilai atau skor risiko jatuh, maka perawat bisa menentukan intervensi yang akan dilakukan dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Adapun intervensi yang bisa dilakukan meliputi : Memasang stiker tanda risiko jatuh di depan pintu kamar pasien untuk pasien dengan skor MORSE >25, Memasang stiker tambahan risiko jatuh di depan pintu kamar pasien dengan riwayat jatuh sebelumnya, Memasang gelang kuning sebagai identifikasi pasien dengan risiko jatuh, Menempatkan pasien risiko jatuh di ruangan yang berdekatan satu sama lain agar memudahkan proses observasi rutin, Menempatkan pasien risiko jatuh di ruangan yang dekat dengan nurse station, Melibatkan keluarga sebagai *caregivers* dan menyarankan keluarga untuk selalu menemani 24 jam penuh setiap hari, Perawat berkeliling setiap jam, menawarkan bantuan ke kamar mandi sesuai yang dijadwalkan dan membantu memenuhi kebutuhan hidrasi, Memastikan penerangan kamar dan kamar mandi sudah adekuat, Adanya laporan mengenai status risiko jatuh pasien setiap operan jaga serta pembahasan dalam masing-masing tim shift setiap 12 jam.

Hempel, et al., (2013) melalui penelitiannya juga menyebutkan bahwa langkah-langkah pencegahan kejadian pasien jatuh yaitu : Melakukan pengkajian risiko jatuh, Memberikan penanda bagi pasien dengan risiko jatuh, Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait risiko jatuh, Pemantauan keliling, Memasang alarm di bed-exit, Melakukan evaluasi *postfall*.

Hempel et al., (2013) juga menambahkan bahwa kesuksesan pencegahan risiko jatuh pada pasien tergantung pada pelaksanaan pengkajian risiko jatuh karena dengan adanya pengkajian, maka akan dapat dipastikan pasien mana yang sesuai target (memiliki risiko jatuh).

h. Pengkajian Resiko Jatuh

Pengkajian risiko jatuh merupakan langkah awal yang penting dalam upaya mencegah terjadinya pasien jatuh. Melalui pengkajian ini, kita bisa menemukan skala atau hasil pengukuran dasar mengenai risiko jatuh yang selanjutnya bisa menentukan langkah selanjutnya untuk menanggulangi risiko yang ada (D Oliver, et al., 2000 dalam Dykes, et al., 2011). Pengkajian risiko jatuh ini setidaknya harus memuat hal-hal penting seperti berikut ini (Ganz, et al., 2013) :

a. Riwayat jatuh sebelumnya

Pasien yang mempunyai riwayat jatuh misalnya pernah jatuh 3 bulan yang lalu, digolongkan sebagai pasien yang memiliki risiko tinggi untuk jatuh.

b. Gangguan mobilisasi dan penggunaan alat bantu

Pasien dengan gangguan mobilisasi maupun menggunakan alat bantu untuk berjalan seperti tongkat atau walker lebih berisiko untuk mudah jatuh

c. Medikasi/ Obat-Obatan

Pasien yang mendapat terapi obat-obatan dalam jumlah yang banyak, atau pasien yang mengonsumsi obat-obatan yang dapat menyebabkan sedasi, bingung (confusion), keseimbangan terganggu (impaired balance), atau yang menyebabkan perubahan tekanan darah ortostatik tergolong mempunyai risiko jatuh yang tinggi.

d. Status mental

Pasien dengan delirium, demensia, atau psikosis yang mungkin mengalami agitasi dan kebingungan juga akan menyebabkan mereka memiliki risiko jatuh

e. Kontinensi

Pasien dengan frekuensi buang air kecil atau kebutuhan toileting yang sering atau tinggi sangat berisiko tinggi jatuh

f. Risiko lain dari pasien

Risiko lain ini termasuk adanya IV catether yang menghalangi klien ketika berjalan, gangguan penglihatan yang menyebabkan klien tidak bisa melihat bahaya atau benda di sekitarnya, dan hipotensi ortostatik dapat membuat klien pusing atau jatuh ketika berdiri.

Ganz et al., (2013) juga menyampaikan bahwa dua instrumen pengkajian risiko jatuh yang sering digunakan adalah *Morse Fall Scale* dan *STRATIFY* sebagai berikut :

1) *Morse Fall Scale*

Morse Fall Scale merupakan pengkajian risiko jatuh yang sering digunakan untuk mengidentifikasi skor risiko jatuh pada pasien rawat inap di rumah sakit (Kim, et al., 2011). Pengkajian ini terdiri dari enam komponen/ subscale yaitu riwayat jatuh, adanya diagnosa kedua atau diagnosa sekunder, alat bantu berjalan, IV/ heparin lock, gaya berjalan, dan status mental. Masing-masing komponen mempunyai skor tersendiri. Tingkat risiko jatuh pasien dilihat dari total skor yang didapatkan dengan rentang 0 — 24 : risiko rendah, 25 — 45 : risiko sedang, > 45 : risiko tinggi (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013).

2) *St.Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatient* (STRATIFY)

Pengkajian ini merupakan pengkajian risiko jatuh yang digunakan pada pasien usia lanjut yang dirawat di rumah sakit. Menurut Heart of England (2017), *STRATIFY* digunakan pada pasien dengan usia 65 tahun ke atas. Pengkajian ini terdiri dari lima komponen dengan skor masing-masing yaitu kemampuan mobilisasi, riwayat jatuh, penglihatan, agitasi, dan toileting (Marschollek, et al., 2011). Kategori risiko jatuh berdasarkan total skor komponen-komponen yang ada di *STRATIFY* serta dibedakan menjadi tiga yaitu 0 untuk risiko rendah, 1 untuk risiko sedang, dan 2 atau lebih untuk risiko tinggi.

i. Intervensi pencegahan pasien jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh menurut Pearson & Andrew (2012), melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas *toileting* pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin; perubahan lingkungan seperti menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan

restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan; dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasien jatuh.

3.2.5 Kajian Situasi

Analisis kajian situasi dilakukan dengan cara observasi, studi dokumentasi, *critical appraisal*, survey, dan wawancara terkait dengan pencegahan risiko jatuh pada pasien. Observasi dilakukan dengan cara mengamati intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat primer maupun perawat pelaksana mengenai pencegahan risiko jatuh berdasar pada standar prosedur operasional (SPO) yang diterapkan di RSCM. SPO mengenai pencegahan pasien jatuh sudah tersedia di RSCM dan disosialisasikan kepada seluruh perawat. Residen melakukan observasi mengenai pemakaian gelang kuning, penanda risiko jatuh, pemasangan bed plang, dan pelaksanaan edukasi pada pasien yang termasuk pada risiko tinggi jatuh. Berdasarkan hasil observasi, semua pasien yang memiliki kriteria risiko tinggi jatuh sudah memakai gelang kuning, terpasang penanda risiko jatuh di bed, serta sudah terpasang bed plang. Selain itu, perawat primer juga melakukan edukasi pada semua pasien dan keluarga pasien dengan risiko tinggi jatuh.

Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mengkaji kesesuaian dokumentasi meliputi berapa persen formulir pengkajian risiko jatuh sudah terisi dengan lengkap, bagaimana kesesuaian pengisian formulir dengan kondisi pasien, serta pelaksanaan *re-assesment* pasien jatuh. Hasil dari studi dokumentasi menunjukkan hasil bahwa 100% formulir pengkajian risiko jatuh sudah terisi dengan lengkap. Perawat juga telah melakukan *re-assesment* sebanyak 100%. Sebagai tambahan, residen mengobservasi bahwa penilaian skor risiko jatuh pasien sudah sesuai dengan kondisi pasien dalam keadaan yang sebenarnya.

Residen juga melakukan *critical appraisal* terhadap formulir pengkajian risiko dilakukan dengan cara pencarian artikel mengenai *Morse Fall Scale* dengan jenis *systematic review*. Hasil *critical appraisal* pada artikel yang berjudul “*Useful fall risk assessment tool for adult hospitalized patients: Systematic review and meta-analysis*” menunjukkan bahwa *Morse Fall Scale* (MFS) adalah alat terbaik untuk memprediksi jatuh untuk pasien dewasa dirawat di rumah sakit. Temuan tersebut memberikan bukti ilmiah untuk menggunakan *Morse Fall Scale* sebagai alat yang tepat untuk mencegah kejadian jatuh dan meningkatkan keselamatan pasien. Namun, saat ini

belum terdapat standar prosedur operasional di RSCM mengenai tata cara pengisian formulir pengkajian MFS dan tatalaksana yang perlu dilakukan pada pasien berdasarkan hasil temuan pengkajian yang berbasis bukti ilmiah.

Survey dilakukan untuk menilai tingkat pengetahuan perawat mengenai pencegahan risiko jatuh menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari penelitian Purba dan Novitasarie (2013). Berdasarkan ketentuan JCI, tingkat pengetahuan perawat mengenai pencegahan risiko jatuh harus mencapai 100%. Hasil survey pada perawat di Ruang 5A menunjukkan hasil bahwa mayoritas perawat sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan risiko jatuh, yaitu sebanyak 78%. Sehingga masih perlu dilakukan peningkatan pengetahuan perawat agar dapat mencapai target yang telah ditetapkan oleh JCI dan agar tatalaksana pencegahan pasien jatuh dapat dilakukan dengan lebih optimal.

Metode wawancara dilakukan pada *head nurse*, *nurse officer*, perawat primer maupun perawat pelaksana mengenai kebijakan rumah sakit dan standar operasional prosedur pencegahan risiko jatuh, kendala-kendala yang dihadapi dalam menerapkan pencegahan kejadian jatuh, dan kronologis kejadian insiden jatuh yang pernah terjadi beserta hasil analisis ruangan mengenai insiden tersebut. Dari hasil wawancara diketahui bahwa secara mayoritas pada kronologis insiden pasien jatuh dinyatakan bahwa perawat sudah melakukan pengkajian risiko jatuh edukasi mengenai pencegahan pasien jatuh pada keluarga, dan mengimplementasikan tindakan-tindakan pencegahan jatuh pada pasien tersebut sesuai dengan SPO yang ada di RSCM. Namun, saat insiden pasien jatuh, keluarga tidur atau meninggalkan pasien di kamar. Selain itu, kondisi berubah-ubahnya penunggu pasien serta beranekaragamnya tingkat pendidikan yang mereka miliki menjadikan kesulitan bagi perawat dalam mengedukasi keluarga pasien. Hasil kajian situasi dituangkan dalam analisis SWOT (*Strength*, *Weakness*, *Opportunities*, dan *Threat*) yang disusun bersama-sama perawat Ruang 5A. Setelah itu, dilakukan analisis akar masalah menggunakan *fish bone diagram*.

3.2.6 Analisa SWOT

Indikator Prioritas Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A tahun 2019: Kesesuaian penilaian risiko jatuh pasien dengan kondisi pasien.

a. *Internal Factor : Strengths (+)*

Didapatkan adanya komite mutu RSCM yang ditunjuk sebagai pemantau *pasien safety*, Adanya dukungan dari pihak manajemen RSCM dalam pemantauan pasien jatuh, Terdapat SPO di RSCM tentang pengkajian pasien resiko jatuh, Terdapat format pengkajian dan form evaluasi pasien resiko jatuh, Adanya 4 perawat primer dengan kompetensi PK 3 yang berperan sebagai Perawat Primer dalam pemberian edukasi, Metode penugasan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional) yang digunakan di ruangan, sehingga jelas batasan peran HN, PP, dan PA, Semua perawat Perawat sudah mengikuti pelatihan *pasien safety*, Terdapatnya komunikasi antar staf terkait nama pasien yang masuk kategori resiko jatuh, Perawat ruangan melakukan reevaluasi skoring resiko jatuh, Terdapat fasilitas pengaman tempat tidur, Perawat primer melakukan demonstrasi dalam memberikan edukasi, Budaya masyarakat Indonesia bahwa keluarga harus menunggu pasien yang dirawat di rumah sakit, Pencahayaan ruangan sudah baik, Tempat tidur pasien sudah berada dalam posisi rendah.

Ways to exploit: Pengoptimalan pemanfaatan tingkat pengetahuan perawat mengenai pencegahan risiko jatuh yang sudah baik, pengkajian dan pemantauan yang baik serta komunikasi antarperawat yang efektif dalam meningkatkan upaya kejadian jatuh pada pasien.

b. Internal Factor : Weaknesses (–)

Didapatkan data Keluarga pasien yang selalu berganti dalam menjaga pasien sehingga edukasi kurang efektif, Tingkat pendidikan keluarga yang menerima edukasi berbeda, *Awareness* keluarga dalam berpartisipasi mencegah risiko jatuh belum optimal, Terdapat kejadian jatuh yaitu 2 kasus pada tahun 2018 dan 3 kasus pada tahun 2019, Media edukasi berbentuk akrilik terlalu besar sehingga terkadang sering lepas, Persediaan leaflet mengenai edukasi pencegahan risiko jatuh habis, Ada beberapa bel yang tidak berfungsi, Terdapat beberapa hand rail tempat tidur yang fungsinya kurang optimal, Tingkat pengetahuan perawat mengenai pencegahan pasien jatuh sebanyak 78%, Tidak terdapat hand rail di area pelayanan, Lantai di ruangan belum aman untuk pasien risiko jatuh, Gangguan penglihatan belum dimasukkan sebagai kriteria pengkajian risiko jatuh, Belum adanya penyegaran ulang materi tentang pencegahan risiko jatuh pada semua petugas kesehatan (medis dan non medis), Belum adanya program untuk meningkatkan

awareness pada petugas kesehatan dalam pencegahan jatuh pada pasien, Belum adanya *guidelines* mengenai cara pengisian item-item pengkajian dan waktu *re-assesment* di MFS, Tatalaksana yang perlu dilakukan pada pasien berdasarkan hasil temuan pengkajian MFS belum berbasis bukti ilmiah, Formulir pengkajian risiko jatuh lansia belum berdasarkan *evidence*, Pemanfaatan gorden di ruang rawat oleh pasien dan keluarga belum mendukung terhadap pemantauan pasien dengan risiko tinggi jatuh, Penanda risiko tinggi jatuh pada pasien kurang *eye catching*, Belum adanya sosialisasi mengenai tindak lanjut penyelesaian kejadian jatuh oleh pihak manajemen, Belum adanya ruangan yang terpasang CCTV untuk pemantauan pasien yang beresiko tinggi jatuh

Ways to exploit: Penyegaran materi mengenai pencegahan risiko jatuh untuk seluruh petugas kesehatan (Medis dan non medis), Penyediaan media edukasi mengenai pencegahan kejadian jatuh yang lebih efektif dan mudah keluarga pasien, Penyediaan penanda risiko jatuh di tempat tidur pasien yang dapat meningkatkan semua pihak terhadap *awerness* pencegahan kejadian jatuh, Peningkatan *awareness* keluarga pasien dalam mencegah kejadian jatuh melalui edukasi, Pemberian masukan untuk pihak manajemen RSCM untuk perbaikan bel, hand rail pada bed pasien, pengadaan hand rail di area pelayanan, dan renovasi lantai yang lebih aman untuk pasien, Sosialisasi *guidelines* mengenai cara pengisian item-item pengkajian dan waktu *re-assesment* di MFS, *Critical appraisal* mengenai formulir pengkajian risiko jatuh lansia yang valid, Pembuatan “Pojok CCTV” yaitu ruangan yang terpasang CCTV untuk pemantauan pasien yang beresiko tinggi jatuh dengan didahului *informed consent* pada keluarga

c. External Factor : Opportunities (+)

Didapatkan data RSCM merupakan rumah sakit yang terakreditasi JCI yang menekankan keselamatan pasien sebagai sasaran utama, RSCM mempunyai Pokja IPSG (*International Patient Safety Goals*) yang *aware* terhadap keeselamatan pasien, salah satunya pencegahan risiko jatuh, Hasil penelitian menunjukkan bahwa media edukasi audiovisual dapat menurunkan angka kejadian jatuh sebesar 29,4%, Hasil dari *critical appraisal* artikel *systematic review* menunjukan hasil bahwa MFS merupakan pengkajian yang valid dalam mengkaji resiko jatuh pasien dewasa, Secara mayoritas, keluarga pasien memiliki android yang dapat

dimanfaatkan sebagai media edukasi, Pemanfaatan penggunaan media edukasi berbentuk audiovisual dapat bersifat *paperless*, sehingga pemberian edukasi tidak terhambat oleh penyediaan leaflet, Adanya mahasiswa residensi spesialis neurologi yang sedang menjalankan program inovasi.

Ways to exploit: Pemanfaatan media edukasi audiovisual mengenai pencegahan kejadian jatuh pasien, Penyegaran materi mengenai pencegahan risiko jatuh untuk seluruh petugas kesehatan (Medis dan non medis)

d. External Factor : Threats (–)

Didapatkan Tingkat pengetahuan petugas kesehatan yang berbeda-beda yang dapat menghambat penyampaian materi mengenai pencegahan risiko jatuh, Waktu perawat yang terbatas (kerja shift) sehingga dapat berpeluang dalam kesulitan waktu pelaksanaan workshop mengenai cara pengisian item-item pengkajian dan waktu *re-assesment* di *Morse Fall Scale* dan formulir pengkajian risiko jatuh lansia, Tingkat pengetahuan pasien dan keluarga yang berbeda-beda sehingga dapat menjadi hambatan dalam sosialisasi video sebagai media edukasi pencegahan kejadian jatuh, Sosialisasi awal video sebagai media edukasi pada pasien dan keluarga direncanakan akan dikirim ke android milik pasien atau keluarga melalui aplikasi *whatsapp* sehingga harus tersedianya layanan paket data pada android.

Ways to exploit: Pembuatan media edukasi audiovisual untuk keluarga

3.2.7 Program Inovasi

Adapun program inovasi yang akan dilakukan terkait pencegahan kejadian jatuh adalah sebagai berikut:

- a. Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pencegahan pasien jatuh
- b. Penyegaran materi mengenai pencegahan risiko jatuh untuk seluruh petugas kesehatan (Medis dan non medis)
- c. Sosialisasi *guidelines* mengenai cara pengisian item-item pengkajian di *Morse Fall Scale* dan formulir pengkajian risiko jatuh lansia
- d. Pembuatan media edukasi berupa video audiovisual untuk pasien dan keluarga
- e. Sosialisasi video sebagai media edukasi pencegahan kejadian jatuh yang lebih efektif dan mudah keluarga pasien

- f. Peningkatan *awareness* keluarga pasien dalam mencegah kejadian jatuh melalui edukasi
- g. Penyediaan penanda risiko jatuh di tempat tidur pasien yang dapat meningkatkan semua pihak terhadap *awerness* pencegahan kejadian jatuh
- h. Pemberian masukan untuk pihak manajemen RSCM untuk perbaikan bel, hand rail pada bed pasien, pengadaan hand rail di area pelayanan, renovasi lantai yang lebih aman untuk pasien, dan “Pojok CCTV”

3.2.8 Rencana Pelaksanaan

Hasil analisis kajian situasi dan *fish bone diagram* selanjutnya dibuat menjadi *plan of action* (POA) yang akan menjadi dasar pengembangan program inovasi mengenai pencegahan pasien jatuh di Ruang 5A. Adapun POA yang disusun berdasarkan prioritas dan urutan yang mampu dilaksanakan adalah sebagai berikut.

- a. Penyusunan SPO pencegahan pasien jatuh, Penyegaran materi mengenai pencegahan risiko jatuh untuk perawat, Sosialisasi *guidelines* mengenai cara pengisian item-item pengkajian dan waktu *re-assesment* di *Morse Fall Scale* dan formulir pengkajian risiko jatuh lansia ; Kegiatan : *Workshop* mengenai pencegahan risiko jatuh; Sasaran: Perawat; pelaksanaan 9 Juni 2020
- b. Pembuatan media edukasi berupa video audiovisual, Sosialisasi video sebagai media edukasi pencegahan kejadian jatuh yang lebih efektif dan mudah keluarga pasien, Peningkatan *awareness* keluarga pasien dalam mencegah kejadian jatuh melalui edukasi; kegiatan Pembuatan dan sosialisasi media edukasi audiovisual pada keluarga; Sasaran pasien dan keluarga pasien; pelaksanaan 8-20 Juni 2020
- c. Penyediaan penanda risiko jatuh di tempat tidur pasien yang dapat meningkatkan semua pihak terhadap *awerness* pencegahan kejadian jatuh; kegiatan Penyediaan penanda risiko jatuh di tempat tidur pasien yang lebih *eye catching*; Sasaran Pasien dengan kriteria risiko tinggi jatuh; pelaksanaan 15-20 Juni 2020
- d. Pemberian masukan untuk pihak manajemen RSCM untuk perbaikan bel, hand rail pada bed pasien, pengadaan hand rail di area pelayanan, renovasi lantai yang lebih aman untuk pasien, dan “Pojok CCTV”; kegiatan Pembuatan rekomendasi perbaikan bel, hand rail pada bed pasien, pengadaan hand rail di area pelayanan, dan renovasi lantai yang lebih aman untuk pasien; Sasaran Manajemen RSCM ; pelaksanaan 15 Juni 2020

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan dijelaskan pembahasan terkait kasus kelolaan, resume, EBN dan program inovasi pada peminatan neurologi.

4.1 Pembahasan Kasus Kelolaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy

4.1.1 Kerusakan Perfusi Jaringan Serebral

Pada diagnosa keperawatan Kerusakan perfusi jaringan serebral pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa *guideline* manajemen stroke yang ada, sehingga hasil yang diharapkan sangat baik pada evaluasi perkembangan pasien dimana kerusakan neurologis tidak bertambah, tekanan darah yang sudah turun serta tanda-tanda akan peningkatan TIK sudah berkurang.

Penanganan pada pasien ini mulai dari IGD yang mengawali dari scrining awal di triase sehingga mengaktifkan code stroke dimana tim code stroke yang didalamnya juga perawat mengidentifikasi adanya masalah pada jalan napas dan pernapasan yang hasilnya tidak ada masalah pada komponen ini. Selain itu komponen selanjutnya yaitu stabilisasi hemodinamik dan tata laksana peningkatan TIK yang sangat cepat sesuai *guideline stroke* (AHA/ASA, 2018; Ackerson et al., 2018) sangat efektif pada penerapan kasus Tn.AR dimana selain monitoring ketat terhadap TIK dan tanda klinis neurologi pasien menjadi prioritas utama. Pada penatalaksanaan TIK prosesnya meliputi meningkatkan posisi 30 derajat, menghindari penekanan Vena jugularis, menghindari hipotermi serta pemberian osmoterapi berupa manitol sesuai indikasi. Pada kasus ini juga diberikan parasetamol yang digunakan untuk pengendalian suhu tubuh. Peningkatan suhu tubuh 1 derajat akan meningkatkan energi sebesar 7%. Sehingga sebagian besar pasien stroke diberikan anipiretik baik berupa oral maupun IV (Steiner T, et al, 2014). Selain itu penurunan tekanan darah pada pasien juga dilakukan dengan menggunakan obat anti hipertensi dengan target tekanan darah < 140mmHg aman dilakukan dan efektif memperbaiki keluaran fungsional (AHA/ASA, 2018; Ackerson et al., 2018). Koreksi koagulasi juga dilakukan untuk mengetahui adanya kelain. Penerapan *guideline stroke* ini merupakan satu kesatuan dalam tim sehingga perawat sangat berkontribusi pada tahap ini.

Setelah 2 hari berada di IGD pasien sudah stabil dan dibawa ke ruang neurologi lantai 5 untuk mendapatkan perawatan yang lebih fokus berkaitan dengan kasus neurologi, pada kasus pasien dengan stroke hemoragik sangat memerlukan perawatan khusus seperti di unit stroke karena perawatan di unit stroke akan menurunkan kematian dan dependensi dibandingkan dengan perawatan di bangsal biasa (AHA/ASA level B, 2018; Ackerson et al., 2018)). Sehingga evaluasi akhir pada diagnosa kerusakan perfusi jaringan serebral memberikan hasil yang baik pada proses perkembangan pasien.

4.1.2 Hambatan Mobilitas fisik

Hambatan mobilitas fisik menjadi salah satu masalah kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi dalam rangka untuk memenuhi ADL dari pasien (NANDA International, 2018). Pada pasien stroke penyebab adanya gangguan mobilitas yaitu terjadinya hemiparesis (National Stroke Association, 2016). Hemiparesis terjadi karena penyumbatan arteri karotis atau basilaris yang menyebabkan *deficit* pada daerah korteks frontal yang disuplai oleh arteri serebri media dan anterior dimana arteri koroid anterior yang tersumbat dapat mempengaruhi kapsula interna. Hemiparesis akut dapat berkembang sebagai respons terhadap berbagai macam penyakit serebral termasuk perdarahan intraserebral dan stroke iskemik (Kim Min Chan, 2018).

Pada pasien ini beberapa intervensi dilakukan dalam rangka memperbaiki mobilitas pasien diantaranya melakukan ROM aktif dan pasif yang memberikan hasil yang baik dalam rentang gerak dan mencegah dekubitus sesuai dengan jurnal *“The Effect of Early Passive Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke: a Randomized Controlled Trial”* dan jurnal *“Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial”*. Yang menjelaskan pada kedua jurnal ini memberikan efek yang sangat baik pada peningkatan kualitas rehabilitasi pasien stroke. Disamping itu untuk melatih pada tahap lanjut yaitu melewati fase akut yang bertujuan untuk melatih keseimbangan dan berjalan juga dilakukan latihan otot pelvis ditempat tidur sesuai dengan jurnal *“Effects of Pelvic Stability Training on Movement Control, Hip Muscles Strength, Walking Speed and Daily Activities after Stroke: A Randomized Controlled Trial”*, yang sudah diterapkan pada stase EBN pada waktu residen yang evaluasi akhir memberikan perkembangan yang baik pada pasien.

Selain itu untuk merilekan pikiran dan otot pasien sempat juga dilakukan guided imagery yang merupakan Intervensi yang melibatkan pikiran dan tubuh secara menyeluruh sebagai satu kesatuan atau yang lebih dikenal dengan Mind Body Intervention (MBI) saat ini mengalami peningkatan dalam aplikasinya untuk meningkatkan kondisi kesehatan dan kesejahteraan individu (Kotecki, Khubchandani, & Sharma, 2015). *Guided imagery* merupakan salah satu teknik MBI yang sederhana, tidak mahal, dan non invasif. Teknik ini juga mendukung model pelayanan keperawatan yang holistik dengan memandang manusia sebagai individu dengan sistem yang utuh terdiri dari tubuh, pikiran dan jiwa (Carpenter, Hines, & Lan, 2016).

Sehingga Teknik ini biasa digunakan untuk mengurangi stres, dimana orang yang diterapi didorong untuk membayangkan tempat yang menciptakan rasa rileks. Dan hasilnya pasien tampak lebih tenang serta lebih bisa dalam beradaptasi dengan kondisi penyakitnya saat ini.

4.1.3 Hambatan Komunikasi Verbal

Hambatan komunikasi verbal didefinisikan sebagai penurunan ,perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima , memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol (NANDA International, 2018). Pada kasus ini pasien dilatih untuk membiasakan berkomunikasi baik dengan keluarga maupun dengan tenaga medis lainnya sehingga dengan latihan komunikasi ini memberikan hasil bahwa pasien sudah menggunakan bahasa isyarat dan sudah memulai berusaha berbicara meskipun tidak jelas suaranya. Strategi komunikasi ini sesuai dengan jurnal” *Improving support for patients with aphasia*” yang menjelaskan Komunikasi yang efektif adalah hal mendasar untuk perawatan dan memberikan hasil positif untuk pasien yang terkena afasia. Dimana didalamnya juga direkomendasikan strategi untuk meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien guna meningkatkan kualitas hidup bagi pasien dengan afasia(Thompson J,. 2014). Selain itu jurnal Bronken (2012) menjelaskan pasien afasia yang ikut dalam terapi komunikasi dalam intervensi keperawatan dimana mereka menceritakan tentang diri mereka sendiri sangat membantu dalam dukungan psikologis serta proses pemulihan setelah stroke (Bronken,et al, 2012). hasil evaluasi intervensi yang dilakukan pasien masih mengalami afasia motorik, tetapi pasien sudah bisa menggunakan bahasa isyarat dengan tangan dan menggelengkan kepala ketika ditanya keluarga dan petugas kesehatan, pasien mulai berusaha berbicara meskipun tidak jelas

suaranya. Keberhasilan ini tidak lepas dari perawat yang terus melatih, menjadwalkan dan memberikan stimulus pada pasien untuk berproses dalam penyembuhannya sehingga seorang perawat akan menciptakan “*Nursing is therapy*”.

4.1.4 Gangguan Menelan

Gangguan menelan dengan penyebab masalah adanya edema otak akibat perdarahan yang memengaruhi kelemahan otot mengunyah dan menelan ditandai dengan kesulitan menelan, tersedak, dan terpasang NGT . pada pasien telah direncanakan pelatihan menelan dengan tujuan mengembalikan fungsi menelan seperti sedia kala. Pelatihan ini sesuai dengan jurnal “*Effect of swallowing training program on dysphagia following cerebrovascular stroke*” diaman pada jurnal ini menjelaskan bahwa pelatihan program menelan untuk pasien *dysphagic pasca stroke* efektif dalam meningkatkan menelan pasien (Elfetoh, A., et.al. 2018) Program ini membuktikan keefektifan bahwa latihan motorik oral sangat bermanfaat untuk pasien tersebut. Selain untuk mengembalikan fungsi menelan, latihan ini juga mencegah terjadi risiko pneumonia, kekurangan gizi, dehidrasi, termasuk peningkatan lama tinggal dan bahkan kematian (Zhao, L, 2018). Hal ini juga sejalan dengan juranl “*Clinical improvement of nursing intervention in swallowing dysfunction of elderly stroke patients*” dimana intervensi keperawatan ini selain mencegah dan mengurangi infeksi paru juga dapat meningkatkan kualitas kehidupan dari pasien stroke (Zhang, R. 2018). Setelah dilakukan perawatan hasil evaluasi intervensi telah dilakukan terapi menelan oleh fisioterapi dan perawat, pasien juga mendapat diet susu 1900kkal dalam diberikan 6x 200ml per hari (setiap 4 jam). Estimasi energi 1900kkal, protein 63 gram, lemak 53 gram, karbohidrat 293 gram, Tidak ada retensi lambung setiap pemberian susu, sehingga susu dapat diberikan semua kepada pasien sesuai kebutuhan.

4.2 Pembahasan Resume

Selama praktik residensi selain mengelola kasus utama penulis juga mengelola 30 kasus neurologi lainnya dengan menggunakan pendekatan teori adaptasi Roy. Kasus yang paling banyak ditemukan diantaranya stroke sebanyak 4 pasien (13,3%), epilepsi, tumor otak, meistenia gravis, GBS masing-masing 3 orang pasien (10%), status epileptikus, tetraparesis, CIDP dan taruma kepala masing-masing (6,7%), dan sisanya adalah SOL, subdural Higroma, hemiparese, contusio cerebri, penurunan kesadaran, meningioma

ditemukan masing-masing sebanyak 1 orang pasien (3,3%). Pada 30 kasus yang dikelola tersebut, pasien yang paling banyak adalah yang berjenis kelamin laki-laki yaitu 14 pasien (46,7%) dan perempuan sebanyak 11 pasien (36,7%). Rata-rata umur pasien adalah 46,63 tahun dengan usia yang paling tua adalah 77 tahun dan usia paling muda 25 tahun. Masalah keperawatan yang ditemukan pada 30 kasus paling banyak adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, kemudian disusul nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, risiko jatuh, hambatan komunikasi verbal, gangguan menelan, intoleransi aktivitas, ketidak efektifan pola nafas, risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, ansietas.

Dari permasalahan keperawatan dari 30 kasus diatas peneliti akan menjelaskan satu masalah yang paling banyak pada pada kasus yaitu nyeri akut yang didefinisikan sebagai pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial yang tiba-tiba lambat dari intensitas yang ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda, 2017). Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi. Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal. Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa,

dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis. Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen (Sherwood, 2012)

Sehingga Patofisiologi Nyeri sedikit menggambarkan perjalanan dari kasus-kasus neurologi yang sering menghasilkan masalah munculnya nyeri dimana adanya rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltirasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan/inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E₂, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosisepto. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung

jawab untuk serangan migrain . Perangsangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri. (Sherwood, 2014). Sehingga dari gambaran beberapa perjalanan patofisiologi nyeri diatas dapat menjelaskan bagaimana nyeri-nyeri dapat terjadi pada kasus-kasus neurologi baik itu karena kerusakan jaringan atau desakan pada reseptor nyeri akibat tumor atau adanya edema yang dekat dengan serabut nyeri.

Sedangkan intervensi keperawatan yang banyak dilakukan antara lain monitoring tekanan intra kranial (TIK), manajemen edema serebral, peningkatan perfusi serebral, manajemen energi, monitoring neurologi, manajemen nyeri, manajemen kejang, terapi menelan, kateterisasi urin, bantuan perawatan diri, pencegahan jatuh dan peningkatan komunikasi. Dari intervensi-intervensi diatas penulis tidak hanya menerapkan intervensi murni keperawatan tetapi juga intervensi-intervensi kolaborasi dan holistik sesuai kebutuhan dari pasien. Selain itu dengan mempraktikkan penelitian, EBP serta memperhatikan peningkatan kualitas layanan perawatan akan memberikan sebuah kontribusi berdasarkan bukti tidak hanya pada keselamatan pasien tetapi juga dalam keperawatan profesional sehingga secara tidak langsung tercipta sebuah “nursing is therapy” terutama pada kasus-kasus neurologi yang membutuhkan waktu lama untuk rehabilitasi. Hal ini juga menggambarkan dari bagaimana seorang pasien dan keluarga memberikan *feedback* kepada perawat secara komprehensif kondisi keadaanya sekarang serta perkembangannya mulai dari dia berada dirumah sakit sampai pulang kerumah.

4.3 Pembahasan EBN

Penerapan EBN *pelvic stability training* (PST) untuk meningkatkan kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL pada pasien post-stroke pada ekstremitas bawah yang dilaksanakan selama 4 minggu mulai dari tanggal 23 Desember 2019 sampai dengan tanggal 17 Januari 2020. Penerapan EBN ini dilakukan pada 10 pasien yang menjalani rawat inap dan 4 pasien poliklinik. Dalam waktu tersebut pasien stroke yang mengalami hemiparese didapatkan 14 orang dan terdapat 9 orang yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi karena penurunan kesadaran dan gangguan kognitif, sehingga pasien yang mengikuti intervensi *pelvic stability training* (PST) sampai selesai sebanyak 5 pasien stroke. Pada penerapan EBN ini 4 diantaranya berjenis kelamin laki-laki dan 1 perempuan. Dalam sebuah artikel juga menjelaskan adanya perbedaan dari

jenis kelamin pada pasien stroke dimana jumlah laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan (Hiraga, 2017). dalam penelitian ini laki-laki lebih beresiko terkena stroke pada usia *Middle-aged* dibandingkan perempuan, hal ini dikarenakan gaya hidup dari laki-laki seperti merokok dan minum alkohol (Ying you, et. al, 2012). Secara patofisiologis adanya pola merokok akan meninggalkan asam nikotinat menjadi katekolamin dalam darah yang akan mengakibatkan adhesi trombosit sehingga terbentuk trombus yang akan menyumbat pembuluh darah yang mengakibatkan iskemik yang berakibat stroke. Sedangkan pada wanita dimana penderita stroke lebih banyak pada usia yang lebih tua sering dikaitkan dengan usia harapan hidup wanita yang lebih lama, rata-rata berada pada 75 tahun keatas (Yu Ce,et el, 2015). Selain itu wanita memiliki beberapa risiko stroke yang mendasar seperti penggunaan pil kontrasepsi oral (OCP), kehamilan, menopause dan terapi penggantian hormon (HRT) (Roy-O'Reilly et. al, 2018).

Latihan *pelvic stability training* (PST) dilakukan oleh pasien selama 30 menit sesuai dengan jadwal yang telah disepakati oleh pasien. Pengukuran kekuatan otot, FMA dan barthel Indeks dilakukan sebelum melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) dan diukur kembali setelah 3 minggu.

Pada penerapan EBN ini didapatkan hasil yang berbededa- beda pada setiap pasien sehingga memberikan gambaran proses yang menjadi bahan pertimbangan dalam setiap pemberian intervensi EBN ini. Hasil dari proses setiap pasien sebagai berikut :

Pasien 1 (Tn.S/49th)

Pada pasien ini penilaian awal sebelum dilakukan intervensi latihan *pelvic stability training* (PST) menggunakan FMA didapatkan nilai 12 dan kekuatan otot berada pada nilai 3 dan barthel indeks 6. Pada saat penerapannya pasien sangat antusias dalam melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) dan mengikuti setiap tahapan-tahapan dalam proses latihan ini. Selama melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) didapatkan beberapa kesulitan yang ada pada pasien diantaranya pasien mudah lelah, butuh waktu yang lebih lama dalam melakukan latihan setiap sesi, sehingga apabila di akumulasi latihan bisa berjalan antara 25-30menit pada setiap sesi.

Pada pasein ini sering mengatakan “ *mas saya istirahat dulu sebentar ,capek*” .

Pada setiap sesi pasien selalu meminta istirahat sebentar sekita 1-2 menit untuk mengendorkan kembali otot-ototnya dan menghimpun tenaga untuk sesi berikutnya. Hal ini juga terlihat dari mulai berkeringatnya pasien ketika melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) . selama penerapan EBN ini pasien dan keluarga sangat antusias dan sering bertanya kapan bisa segera dilakukan latihan kembali pada setiap akhir latihan “*mas kapan dilakukan latihan ini kembali? biar segera kembali berjalan*”. Dari sini terlihat begitu besar motivasi yang ada pada pasien dalam melakukan latihan ini, tetapi karena latihan ini hanya dilakukan selama 3 kali dalam seminggu sehingga pasien kembali bertanya “*bagaimana kalau dilakukan setiap hari mas?*”. Sehingga kembali pada jurnal awal tetap dijelaskan bahwa latihan *pelvic stability training* (PST) dilakukan 3 kali dalam seminggu.

Evaluasi dalam proses penerapan untuk mempermudah melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) pasien kita anjurkan untuk melatih ektermitas yang tidak mengalami kelemahan, hal ini dimaksudkan untuk mengenali dan merasakan terlebih dahulu gerakan latihan ini pada keadaan normal. Sehingga bisa memberikan gambaran pada ektermitas yang mengalami kelemahan ketika dilakukan latihan ini. Pada saat pelaksanaan latihan di ektermitas normal didapatkan kelelahan setelah selesai sesi hal ini terlihat dari ungkapan pasien “*ternyata capek juga*” sehingga perlu dipertimbangkan istirahat kembali sebelum lanjut ke ektermitas yang mengalami kelemahan. Selama proses latihan tidak ada kendala yang berarti karena pasien sangat kooperatif dan bersemangat. Pasien ini dilakukan latihan *pelvic stability training* (PST) di rumah sakit di gedung A lantai 5 selama 1 minggu setelah melewati fase akut dan selebihnya 2 minggu kedepan dilakukan latihan di rumah dan di poli ketika kontrol di rumah sakit dengan intensitas yang sama yaitu latihan dilakukan 3 dalam seminggu. Setelah 3 minggu dilakukan evaluasi proses latihan *pelvic stability training* (PST) didapatkan nilai FMA 28 dan kekuatan otot berada pada nilai 5 dan barthel indeks 15. Hasil ini sangat terlihat ketika pasien juga bisa berjalan meskipun tidak terlalu cepat.

Pasien 2 (Tn.D/54th)

Pada pasien ini penilaian awal sebelum dilakukan intervensi latihan *pelvic stability training* (PST) menggunakan FMA didapatkan nilai 10 dan kekuatan otot berada pada nilai 3 dan barthel indeks 5. Berbeda dengan pasien 1 pada pasien ini tampak kurang

semangat dalam melakukan latihan *pelvic stability training* (PST), hal ini tergambar dari ekspresi wajah dan jarang berbicara ketika perawat melakukan bantuan dalam latihan *pelvic stability training* (PST). Meskipun demikian pasien tetap melakukan latihan sesuai dengan tahapan-tahapan dari proses latihan *pelvic stability training* (PST). Belajar dari pengalaman pasien 1 setiap dilakukan latihan per sesi pasien diberikan kesempatan istirahat 1-2 menit dan pada pasien ini waktu latihan *pelvic stability training* (PST) bisa antara 30-45 menit tergantung dari lama istirahat pasien pada setiap sesi. Sama seperti pasien sebelumnya pasien juga berkata “*capek mas, istirahat dulu*” pada setiap selesai sesi dilakukan.

Pada penerapannya didapatkan kendala kesulitan pada tahapan 1-3 pada ekstermitas yang mengalami kelemahan yang tergambar dari tidak ada gerakan sampai terdapat gerakan yang tidak sesuai dengan tahapan dan pasien mengeluh “*sulit gerakannya*” sehingga perlu bantuan perawat untuk meluruskan dan membenarkan gerakan dengan cara membantu mengangkat dan mencontohkan gerakan pelvis dengan bantuan tangan perawat ke pasien, membantu mengerakkan kaki diatas bola dengan benar menggunakan tangan perawat. Hal ini berbeda dengan pasien 1 dimana meskipun tidak sempurna pasien bisa berusaha melakukan gerakan tahapan 1-3 dengan kemampuannya sendiri tanpa dibantu perawat.

Dalam proses latihan *pelvic stability training* (PST) pada pasien ini terdapat progres motivasi yang lebih bagus pada minggu kedua dimana pasien sudah mulai antusias untuk melakukan gerakan latihan dan minimal bantuan dari perawat saat melakukan gerakan pada tahap 1-3. Hal ini tergambar ketika pasien berbicara “*saya sudah mulai terbiasa dengan gerakan latihan, dan sudah bisa melakukannya tanpa bantuan*”. Selain itu pasien juga bertanya “*saya sudah melakukannya dengan rutin sesuai jadwal, kapan kira-kira saya bisa berjalan?*”. Pertanyaan ini menggambarkan motivasi dan keinginan dari pasien untuk segera berjalan yang belum didapatkan pada minggu pertama. Pada saat memasuki minggu ke dua pasien sudah di ijin pulang sehingga latihan dilakukan di poli saat kontrol dan di rumah sesuai instruksi 3 kali dalam seminggu. Setelah 3 minggu dilakukan evaluasi proses latihan *pelvic stability training* (PST) didapatkan nilai FMA 26 dan kekuatan otot berada pada nilai 4 dan barthel indeks 12. Meskipun hasilnya tidak sebaik pasien 1 dari hasil ini juga bisa dilihat efek positif dari

latihan *pelvic stability training* (PST) dimana terdapat perbedaan nilai dari pengukuran pertama sebelum latihan dengan pengukuran terakhir setelah latihan.

Pasien 3 (Ny.S/33th)

Pada pasien ini penilaian awal sebelum dilakukan intervensi latihan *pelvic stability training* (PST) menggunakan FMA didapatkan nilai 15 dan kekuatan otot berada pada nilai 3 dan barthel indeks 5. Pada pasien 3 ini sangat bersemangat dalam melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) ini tergambar dari ungkapan “*ayo segera dilakukan latihan, biar saya cepat jalan dan pulang*” dengan motivasi ini memberikan energi positif dalam melakukan setiap kali latihan. Tidak berbeda jauh dengan pasien 1 dan 2 pada penerapannya tidak ada perbedaan yang bermakna dalam kendala melakukan latihan *pelvic stability training* (PST). Tetapi ada beberapa tahapan dimana selain istirahat pasien juga meminta minum karena haus saat latihan. Selain itu belajar dari pengalaman pasien 1 dan 2 tahapan –tahapan latihan pasien ini kita sesuaikan dengan kendala pada pasien sebelumnya sehingga pada pasien ini sudah bisa memberikan proses yang lebih baik ketika melakukan latihan *pelvic stability training* (PST) dan minimal adanya keluhan saat melakukannya. Meskipun tidak ada keluhan pada pasien ini ada beberapa hal yang bisa dijadikan masukan pada penerapan latihan *pelvic stability training* (PST), karena pasien ini sedikit agak gemuk jadi terlihat sulit dalam melakukan gerakan pada tahap 1 sehingga memerlukan bantuan perawat dalam melakukannya, selain itu perlu juga alas/kasur yang datar dan agak keras dalam melakukan tindakan ini supaya badan dari pasien tidak turun kebawah pada alas yang empuk karena berat badanya yang berlebih dan juga dengan alas yang keras bisa dijadikan tumpuan saat melakukan latihan *pelvic stability training* (PST).

Pada penerapannya setelah fase akut pasien dilakukan terapi selama 5 hari dan selanjutnya pasien melanjutkan latihan *pelvic stability training* (PST) di rumah dan di poli saat kontrol ke rumah sakit. Setelah 3 minggu dilakukan evaluasi proses latihan *pelvic stability training* (PST) didapatkan nilai FMA 28 dan kekuatan otot berada pada nilai 4 dan barthel indeks 13. Dari hasil evaluasi ini memberikan gambaran bahwa latihan ini juga memberikan dampak positif pada pasien ke 3 yang terlihat dari perubahan nilainya.

Pasien 4 (Tn.As/57th) & Pasien 5 (Tn.Ak/64th)

Belajar dari pengalaman pasien 1-3 pada latihan *pelvic stability training* (PST) memberikan banyak masukan pada penerapan pasien ke 4 & 5 sehingga pada pasien 4&5 tidak ditemukan kendala dan keluhan dari pasien baik saat penerapan tahapan-tahapan latihan maupun kendala berkaitan dengan instrument latihan dan instrument evaluasi.

Pada pasien 4 penilaian awal sebelum dilakukan intervensi latihan *pelvic stability training* (PST) menggunakan FMA didapatkan nilai 10 dan kekuatan otot berada pada nilai 3 dan barthel indeks 6. Dan ketika dievaluasi prosesnya selama 3 minggu didapatkan nilai FMA 26 dan kekuatan otot berada pada nilai 4 dan barthel indeks 13. Sedangkan pada pasien 5 nilai FMA didapatkan nilai 10 dan kekuatan otot berada pada nilai 3 dan barthel indeks 5. Dan ketika dievaluasi prosesnya selama 3 minggu didapatkan nilai FMA 24 dan kekuatan otot berada pada nilai 4 dan barthel indeks 12. Peningkatan kekuatan otot responden kemungkinan dikarenakan respon fisiologis dan alamiah dari responden. dalam beberapa kasus, pemulihan fungsi otot trunk sepenuhnya dapat terjadi setelah stroke. Diperkirakan bahwa kembalinya fungsi kekuatan otot khususnya ekstremitas disebabkan oleh reperfusi daerah iskemik dan resolusi edema serebral yang telah berkontribusi pada penurunan tingkat kesadaran (Brenner, 2018). Secara alami gerakan pasif akan menstimulus listrik fungsional yang ada pada otot. Stimulasi Listrik Fungsional (FES) otot-otot akan menginduksi gerakan siklik dan telah terbukti meningkatkan fungsi motorik pada pasien stroke (Brenner, 2018). Pada kelompok ini aktifitas latihan *pelvic stability training* (PST) dari responden memungkinkan dalam menstimulus gerakan pada ototnya sehingga ada beberapa responden yang mengalami peningkatan kekuatan otot. Sehingga semakin sering otot di latih dan distimulus akan meningkatkan aktivasi bahan kimia dalam proses metabolisme, neuromuskuler dan otot. Dimana Otot-otot halus pada filamen aktin dan myosin memiliki sifat kimia dan berinteraksi antara satu lain. Proses interaksi diaktifkan oleh ion kalsium dan ATP, dan kemudian berubah menjadi ADP untuk memberikan energi bagi kontraksi otot-otot. Selain itu dengan sejalannya peningkatan kekuatan otot akan berpengaruh terhadap penilaian FMA dan Barthel Indeks sehingga latar belakang fisiologis ini yang memberikan efek positif pada pasien stroke yang mengalami hemiparese yang telah melakukan latihan *pelvic stability training* (PST)

4.4 Analisis Penerapan Program Inovasi Keperawatan: Pencegahan Kejadian Jatuh Pasien Gangguan Neurologi

Risiko jatuh merupakan tanggung jawab semua petugas kesehatan yang berada di rumah sakit serta keluarga yang mendampingi. Sehingga Rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk menjaga pasien mereka tetap aman (Watson, 2017). Program inovasi risiko jatuh ini merupakan suatu terobosan untuk memaksimalkan peran serta perawat beserta keluarga dalam meminimalkan kejadian jatuh. Peran perawat dalam hal ini sangat penting karena perawat dapat mengurangi kejadian pasien jatuh dengan kehadirannya selama 24 jam bersama pasien sehingga perawat memiliki kontak paling konsisten dengan pasien dan terus memantau terhadap perubahan kondisi pasien (King et al., 2018). Adapun kegiatan dari program inovasi keperawatan ini dimulai dari pemberian workshop tentang pentingnya pencegahan kejadian jatuh serta memberikan penyegaran kembali bagaimana pengkajian risiko jatuh dengan menggunakan formulir MFS yang sudah ditambahkan beberapa point berkaitan dengan gangguan penglihatan yang merupakan faktor yang bisa mempengaruhi kejadian jatuh. Selain itu program ini juga telah membuat sebuah edukasi tentang risiko jatuh yang berupa video yang ditujukan kepada pasien dan keluarga, dan terdapat juga video yang berasal dari RSCM khusus untuk perawat tentang pencegahan risiko jatuh. Hasil dari pemberian inovasi ini memberikan dampak positif akan peningkatan pengetahuan perawat tentang pencegahan risiko jatuh, kesadaran perawat serta mengoptimalkan pengisian 100% formulir MFS sehingga insiden jatuh tidak terjadi. Dengan program ini insiden jatuh yang terjadi tahun 2019 sebanyak 2 kali pada tahun 2020 ini tidak terjadi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang berfokus pada pencegahan risiko jatuh pasien dapat meningkatkan kualitas layanan keperawatan (Patel, 2019). Berdasarkan literatur, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian jatuh pada pasien rawat inap meliputi *“hourly rounding”* yaitu mengobservasi kondisi pasien setiap jam; meningkatkan komunikasi antar perawat dengan pasien dan keluarga; *medication review*; serta edukasi yang efektif dapat memberikan hasil yang sangat baik dalam pencegahan kejadian jatuh (Chu, 2017).

Hasil peningkatan pengetahuan dan kesadaran akan risiko jatuh dari perawat terlihat dengan sikap dari perawat primer yang selalu mengingatkan perawat pelaksana akan pencegahan risiko jatuh kepada pasien, kegiatan dalam mencegah risiko jatuh pada

pasien yang selalu diingatkan perawat primer seperti, merendahkan tempat tidur pasien, memasang penghalang tempat tidur, mengatur pencahayaan, mendekatkan bel, pispot, serta alat-alat lainnya yang diperlukan pasien. Selain itu perawat juga tidak lupa mengingatkan pasien dan keluarga tentang pencegahan risiko jatuh dengan memberikan video dan memberikan contoh bagaimana cara pencegahan jatuh dengan dipandu materi dari video edukasi pencegahan risiko jatuh. Selain pemberian materi dan edukasi, program inovasi ini juga menjelaskan kembali bagaimana pengisian MFS yang telah dimodifikasi dengan beberapa hasil diskusi dan dari jurnal literatur. Modifikasi MFS ini berupa penambahan item gangguan penglihatan dimana apabila seorang pasien mempunyai gangguan penglihatan secara otomatis memiliki risiko jatuh tanpa melihat skor MFS.

Pada pelaksanaan program inovasi pencegahan risiko jatuh mahasiswa residen melakukan kordinasi dengan kepala ruangan dan perawat primer dalam rangka mengontrol penerapan program inovasi ini. Untuk memaksimalkan komunikasi dan kordinasi juga telah dibentuk grup di whatsapp dimana didalamnya selain kepala ruangan dan perawat primer juga terdapat perawat pelaksana. Kegiatan kordinasi dan komunikasi ini dilakukan setiap hari dengan memberikan diskusi tentang pelaksanaan kegiatan, kendala dalam penerapan, respon dan evaluasi perawat dan pasien dalam melakukan penerapan program inovasi pencegahan risiko jatuh, sehingga dalam penerapan program ini sesuai dengan penelitian dimana dengan mengintegrasikan pelatihan tim kerja dan meningkatkan strategi implementasi yang tepat terhadap pencegahan pasien jatuh terbukti dapat memberikan perubahan dan peningkatan yang efektif dalam mencegah kejadian jatuh pasien sebanyak 50% (Morgan et al., 2017).

Penerapan edukasi pencegahan risiko jatuh dengan menggunakan media video memberikan ketertarikan tersendiri bagi pasien karena mempermudah pemahaman dengan beberapa contoh animasi dan gambaran dari materi yang disampaikan. Selain itu dari respon perawat yang melaksanakan menyatakan sangat bermanfaat terutama dalam membantu proses edukasi kepada pasien dan keluarga. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa kelebihan media audiovisual dibandingkan media secara umum menurut Daludu (2017) antara lain; menumbuhkan ketertarikan dan minat peserta untuk mengikuti penyuluhan, dapat menyampaikan informasi lebih banyak, memaparkan gambaran yang bersifat tiga dimensi, efisiensi waktu, dapat diputar ulang hasil rekaman, perhatian

peserta lebih difokuskan, perbaikan materi lebih mudah, serta program dapat dibuat dalam waktu yang singkat. Pada pencegahan risiko jatuh, hasil penelitian menunjukkan bahwa edukasi keperawatan melalui media video dapat efektif menurunkan kejadian jatuh pada pasien sebanyak 29,4% (Silkworth et al., 2016). Dengan adanya media edukasi ini meskipun dalam keluarga terdapat pergantian dalam menjaga keluarganya yang sakit, informasi pencegahan risiko jatuh ini bisa disampaikan kembali secara penuh dengan memperlihatkan kembali video edukasi kepada keluarga yang menggantikan tersebut sehingga pemahaman keluarga akan bisa dipertahankan dalam upaya pencegahan risiko jatuh. Hal ini sesuai dengan pernyataan keluarga dengan media video ini yang sangat membantu dalam memberikan informasi kepada keluarga selanjutnya yang menjaga.

Selain beberapa manfaat yang dirasakan baik perawat maupun pasien dan keluarga juga terdapat beberapa keterbatasan dalam penerapan program ini diantaranya penerapan program yang relatif singkat sehingga tidak bisa memberikan evaluasi jangka panjang dari penerapan program inovasi ini. Dan apabila dilihat dari pasien dan keluarga keterbatasan terdapat pada pasien dan keluarga yang tidak mempunyai *handphone* yang bisa digunakan untuk melihat kembali video edukasi yang diberikan sehingga perlu bantuan *handphone* perawat dalam melihat video edukasi risiko jatuh tersebut. Dalam penerapan program ini residen juga memberikan beberapa rekomendasi kepada pihak manajemen RSCM diantaranya usulan untuk perbaikan bel, hand rail pada bed pasien, pengadaan hand rail di area pelayanan, renovasi lantai yang lebih aman untuk pasien, penyediaan media untuk penyampaian edukasi (seperti tablet atau TV), dan “Pojok CCTV. Sehingga dengan keberlanjutan program ini secara jangka panjang diharapkan akan memberikan dampak positif dari kejadian jatuh di RSCM, meskipun program ini hanya dilakukan di ruang neurologi dengan media edukasi video, dengan pemaparan dalam seminar hasil yang dihadiri hampir semua perawat yang mewakili ruangan yang ada di RSCM pada dasarnya media ini bisa digunakan di semua ruangan di RSCM.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Penulis mengelolah kasus Stroke hemoragik yang merupakan kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah kebagian otak akibat perdarahan daerah sekitar yang mengakibatkan kondisi berat bagi penderita, keadaan ini meliputi keadaan tergeletak di tempat tidur, tidak berdaya, tidak bisa apa-apa, dan semua kegiatannya dibantu orang lain baik itu keluarga maupun orang disekitarnya. Asuhan keperawatan yang komperhensif sangat dibutuhkan pada kasus ini yaitu berdasarkan respon pasien terhadap penyakit secara holistic baik bio, psiko, social dan spiritual. Serta intervensi keperawatan lebih diprioritaskan berdasarkan *Evidace base Nursing* yang ada dan menggunakan pendekatan khusus berupa teori keperawatan sehingga menciptakan suatu *nursing is therapy* bagi pasien.
- 5.1.2 Penulis juga menerapkan EBN pada pasien stroke dimana Latihan *pelvic stability training* (PST) telah terbukti dapat meningkatkan fungsional motorik ekstremitas bawah baik kekuatan otot, serta membantu dalam memenuhi ADL.
- 5.1.3 Penerapan program inovasi pencegahan risiko jatuh dengan media edukasi dan penyegaran pengkajian jatuh MFS memberikan manfaat dan respon yang baik pada perawat dan pasien atau keluarga. Dengan media edukasi video memberikan pemahaman yang lebih baik pada keluarga dan pasien serta memberikan manfaat pada perawat dalam mempermudah penjelasan kepada pasien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Praktik

dapat dijadikan sebagai salah satu acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke. Dalam memberikan asuhan keperawatan, hendaknya perawat telah mendalami konsep anatomi, fisiologi dan patofisiologi penyakit sehingga seluruh tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien merupakan hasil *critical thinking* perawat atas respon pasien yang unik. Selain itu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus

mempertimbangkan prinsip etik dan moral sehingga perawat dapat membantu pasien dan terhindar dari tuntutan hukum.

Serta Perawat dapat menggunakan latihan *pelvic stability training* (PST) sebagai salah satu intervensi keperawatan berbasis bukti untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas pasien serta pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari (ADL) pada pasien stroke

5.2.2 Bagi Pasien

Dengan adanya *pelvic stability training* (PST) dan telah terbukti dapat meningkatkan fungsional motorik ekstremitas bawah baik kekuatan otot, serta membantu dalam memenuhi ADL pasien stroke sehari-hari sehingga latihan ini bisa direkomendasikan dan digunakan sebagai latihan rehabilitasi pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Ang, E., Mordiffi, S. Z., & Wong, H. B. (2011). Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1984–1992. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05646.x>
- Ayis, S., Wellwood, I., Rudd, A. G., McKevitt, C., Parkin, D., & Wolfe, C. D. A. (2015). Variations in Health-Related Quality of Life (HRQoL) and survival 1 year after stroke: Five European population-based registers. *BMJ Open*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007101>
- Alligood & Tomey. (2006). “*Nursing Theory : Utilization & Application 4th edition*”. Mosby, Inc. Elsevier’s Health Sciences Rights Department in Philadelphia : USA.
- Ackerson, T., Adeoye, O. M., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Leslie-mazwi, T. M., ... Summers, D. V. (2018). *AHA / ASA Guideline 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke*. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Alligood, Martha Raille & Ann Marriner Tomey. (2006). “*Nursing Theorists and Their Work*”. Elsevier mosby : St.Louis, Missouri.
- American Heart Association. (2010a). Heart disease and stroke statistic – 2010 update. Dallas Texas : American Heart Association.
- American Heart Association (2010b). Age-related differences in characteristics, performance measures, Treatment trends, and outcomes in patients with ischemic stroke, *Circulation*, 121, 879-891
- Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J. M., Enriquez De Luna-Rodriguez, M., Vazquez-Blanco, M. J., Morilla-Herrera, J. C., Rivas-Ruiz, F., Toribio-Montero, J. C., & Canca-Sanchez, J. C. (2018). Characteristics, consequences and prevention of falls in institutionalised older adults in the province of Malaga (Spain): A prospective, cohort, multicentre study. *BMJ Open*, 8(2), 8–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020039>
- Bergen, G., Stevens, M. R., & Burns, E. R. (2016). Falls and fall injuries among adults aged ≥ 65 years—United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(37), 993-998.
- Bronken, B. A., Marit Kirkevold, Randi Martinsen, Torgeir Bruun Wyller and Kari Kvigne. (2012). *Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke*. Hindawi Publishing Corporation. Nursing Research and Practice. Volume 2012, Article ID 568242, 14 pages. doi:10.1155/2012/568242
- Black, J. M., & Hawk, J. H. (2014). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes (Vol 2, 8th Ed.)*. St.Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Blum, B., Wormack, L., Holtel, M., Penwell, A., Lari, S., Walker, B., & Nathaniel, T. I. (2019). Gender and thrombolysis therapy in stroke patients with incidence of dyslipidemia, 1–10.
- Chu, B. R. Z. (2017). *Preventing in-patient falls : The nurse ’ s pivotal role*. 47(3).
- Carpenter, J. J., Hines, S. H., & Lan, V. M. (2016). Guided Imagery for Pain Management in Postoperative Orthopedic Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 20(10), 1–10. <http://doi.org/10.1177/0898010116675462>
- David. A., Ganz, et al (2013). Preventing falls in hospitals: A Toolkit for Improving

- Quality of Care. Rochville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Depkes RI (2011). Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691/ Menkes/ Per/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2013). Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;.
- Deloria, R., & Wolbring, and G. (2019). Neuro-Advancements and the Role of Nurses as Stated in Academic Literature and Canadian Newspapers.
- Dubey, L., Karthikbabu, S., & Mohan, D. (2018). Effects of Pelvic Stability Training on Movement Control , Hip Muscles Strength , Walking Speed and Daily Activities after Stroke : A Randomized Controlled Trial, 80–89. <https://doi.org/10.1159/000486273>
- Dykes, P. C., Carroll, D. L., Hurley, A. C., Benoit, A., & Middleton, B. (2009). Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented?. *The Journal of nursing administration*, 39(6), 299.
- Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. (2008) Stroke. *Lancet*. 2008 May 10. 371(9624):1612-23. [Medline].
- Elfetoha, A , Sarah Fathy M. Karaly.(2018). Effect of swallowing training program on dysphagia following cerebrovascular stroke. *Egyptian Nursing Journal* 2018, 15:125–134
- Gandhi, T. K. (2016). Safety lessons from the NIH Clinical Center. *New England Journal of Medicine*, 375(18), 1705-1707.
- Ganz, D. A., Huang, C., Saliba, D., Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Ganz, D. A., & Ensrud, K. E. (2013). Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. *Ann Intern Med*, 158(5 Pt 2), 390-396.
- Gu, Y.-Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J., & Goffin, J. (2016). Review on prevention of falls in hospital settings. *Chinese Nursing Research*, 3(1), 7–10. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.002>
- Hosseini, Z., Peyrovi, H., & Gohari, M. (2019). The Effect of Early Passive Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke : a Randomized Controlled Trial, 8(1), 39–44. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.006>
- Hiraga, A. (2017). Gender Differences and Stroke Outcomes, 0003, 61–62. <https://doi.org/10.1159/000475451>
- Healthcare Cost and Utilization Project. (2009). Agency for Healthcare Research and Quality.(2013). *Sample Weights: Introduction to the HCUP Nationwide Emergency Department Sample (NEDS)*, 13-14.
- Hempel, S., Ganz, Miake-Lye, I. M. & Shekelle, P. G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5_Part_2), 390-396.
- Hunderfund, A. N. L., Sweeney, C. M., Mandrekar, J. N., Johnson, L. A. M., & Britton, J. W. (2011). Effect of a multidisciplinary fall risk assessment on falls among neurology inpatients. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(1), 19–24. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0441>
- Imhof, L., Suter-riederer, S., & Kesselring, J. (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke : Randomised Controlled Trial, 2015, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2015/785497>
- International Warfarin Pharmacogenetics Consortium, Klein TE, Altman RB, et al.(2009). Estimation of the warfarin dose with clinical and pharmacogenetic data. *N Engl J Med*. 2009 Feb 19. 360(8):753-64. [Medline]. [Full Text]

- International Council of Nurses. (2017). Nurse's Role In Achieving the SDGs: International Nurses Day Resources and Evidence.
- Irfan, Muhammad, 2010. Fisioterapi Bagi Insan Stroke. Edisi Pertama. Penerbit Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Jalayondeja, C., Sullivan, P. E., & Pichaiyongwongdee, S. (2014). Six-month prospective study of fall risk factors identification in patients post-stroke. *Geriatrics and Gerontology International*, 14(4), 778–785. <https://doi.org/10.1111/ggi.12164>
- Jette, N., Sauro, K. M., Quan, H., Sikdar, K. C., & Faris, P. (2017). Hospital safety among neurologic patients: A population-based cohort study of adverse events. *Neurology*, 89(24), 2509. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004734>
- Junaidi I. (2011). Stroke Waspada! Ancamannya. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Katherine Salter Phd. 2016. Post Stroke Depression and Mood Disorders. Heart&Stroke Foundation canadian Partnership for Stoke Recovery. [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%2018 Supplementary%20 Tables.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%2018%20Supplementary%20Tables.pdf)
- Kemenkes RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kim, H. J., Lee, Y., & Sohng, K. Y. (2014). Effects of bilateral passive range of motion exercise on the function of upper extremities and activities of daily living in patients with acute stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(1), 149–156
- Krishnamurthi, R. V., Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., Murray, C. (2013). Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet Global Health*, 1(5), e259–e281. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70089-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70089-5)
- Kim, K. S., Kim, J. A., Choi, Y. K., Kim, Y. J., Park, M. H., Kim, H. Y., & Song, M. S. (2011). A comparative study on the validity of fall risk assessment scales in Korean hospitals. *Asian Nursing Research*, 5(1), 28–37.
- King, B., Pecanac, K., Krupp, A., Liebrecht, D., & Mahoney, J. (2018). Impact of Fall Prevention on Nurses and Care of Fall Risk Patients. *Gerontologist*, 58(2), 331–340. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw156>
- Kotecki, J., Khubchandani, J., & Sharma, M. (2015). Mind Body Intervention : Potential Opportunities for Health Education Practice. *Health Promotion Practice*, 16(2), 157–161. <http://doi.org/10.1177/1524839914563747>
- Liebeskind, David Set al. (2019). Hemorrhagic stroke. Medscape. Neurovascular Imaging Research Core, Director, Vascular Neurology Residency Program, Department of Neurology, University of California, Los Angeles,
- Liu, H., Shi, Y., Shi, Y., Hu, R., & Jiang, H. (2016). Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(7), 266–274. <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2016-002971>
- Misbach. J. (2011). Stroke: Aspek diagnosis, patofisiologi, manajemen. Jakarta: Penerbit FKUI Indonesia
- Marschollek, M., Rehwald, A., Wolf, K. H., Gietzelt, M., Nemitz, G., zu Schwabedissen, H. M., & Schulze, M. (2011). Sensors vs. experts-a performance comparison of sensor-based fall risk assessment vs. conventional assessment in a sample of geriatric patients. *BMC medical informatics and decision making*, 11(1), 48.

- Morgan, L., Flynn, L., Robertson, E., New, S., Forde-Johnston, C., & McCulloch, P. (2017). Intentional Rounding: a staff-led quality improvement intervention in the prevention of patient falls. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1–2), 115–124. <https://doi.org/10.1111/jocn.13401>
- Morse, Janice M. (2009). Preventing Patient Falls Second Edition: Establishing a Fall Intervention Program. New York: Springer Publishing Company.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., ... Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197–2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Mullins ME, Lev MH, Schellingerhout D, Gonzalez RG, Schaefer PW. (2005) Intracranial hemorrhage complicating acute stroke: how common is hemorrhagic stroke on initial head CT scan and how often is initial clinical diagnosis of acute stroke eventually confirmed?. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2005 Oct. 26(9):2207-12. [Medline].
- National Stroke Association. (2016). Post-Stroke Conditions. <http://www.stroke.org/we-can-help/survivors/strokerecovery/post-stroke-conditions>
- Ng, M. M. Di, Hill, K. D., Batchelor, F., & Burton, E. (2017). Factors Predicting Falls and Mobility Outcomes in Patients With Stroke Returning Home After Rehabilitation Who Are at Risk of Falling. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(12), 2433–2441. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.05.018>
- Nyoman, Gejir I, dkk. (2017). Media Komunikasi dalam Penyuluhan Kesehatan. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- NANDA International. (2018). Nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020.
- Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). Preventing falls and fall-related injuries in Hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(4), 645–692. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>
- Oktaria, D., Fazriesa, S., Kedokteran, B. P., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2017). Efektivitas Akupunktur untuk Rehabilitasi Stroke Effectivity of Acupuncture for Stroke Rehabilitation, 6, 64–71.
- Ojaghihaghghi, S., Vahdati, S. S., Mikaeilpour, A., & Ramouz, A. (2017). Comparison of neurological clinical manifestation in patients with hemorrhagic and ischemic stroke, 8(1), 34–38. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920>
- Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Departemen Kesehatan R.I 2006
- Patel, J. (2019). *Reduce Patient Falls at Skilled Nursing Facility*.
- Pearson, M. L. I. S., Karen, B., & Andrew, F. (2012). Evidence-based falls prevention in critical access hospitals.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2010). Fundamental Keperawatan, Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011.
- Purba, Idham M dan Novitasarie, Enny. (2013). Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Pencegahan Risiko Jatuh di Ruang Rawat Inap Umum Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis. UI: Skripsi.

- Quigley, P. A. (2009). From Falls in Two Veterans ' Hospital Medical-Surgical Units. *J Nurs Care Qual*, 24(1), 33–41.
- Roger, V. et al. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 135(10): 146-603.
- Rist PM, Buring JE, Ridker PM, Kase CS, Kurth T, Rexrode KM.(2019). Lipid levels and the risk of hemorrhagic stroke among women. *Neurology*. 2019 Apr 10. [Medline].
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. (2012) Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. Jan 3. 125(1):e2-e220. [Medline].
- Roy, Callista. (1999). "*The Roy Adaptation Model 2nd*". Appleton and Lange Publisher.
- Silva, G.S., Koroshetz, W.J., Gonzalez, R.G., et al. (2011). Causes of ischemic stroke. *Acute Ischemic Stroke*, New York: Springer
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta : EGC.
- Santos, S. S. C., Silva, M. E. D., Pinho, L. D., Gautério, D. P., Pelzer, M. T., & Silveira, R. S. D. (2012). Risk of falls in the elderly: an integrative review based on the North American Nursing Diagnosis Association. *Rev esc enferm usp*, 46(5), 1227-36.
- Syahailatua, J. (2013). Persepsi Pasien Dengan Stroke Iskemik Terhadap Tindakan Pencegahan Resiko Jatuh Yang Dilakukan Perawat Di Ruang Rawat Inap Dewasa Rumah Sakit Advent Bandung.
- Silkworth, A. L., Baker, J., Ferrara, J., Wagner, M., Gevaart, M., & Morin, K. (2016). Nursing staff develop a video to prevent falls: A quality improvement project. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 40–45. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000135>
- Stavert-Dobson, A. (2016). Risk and risk management. In *Health Information Systems* (pp. 23-38). Springer, Cham.
- Sherwood, L.(2014). *Fisiologi manusia : dari sel ke sistem*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Tzeng, H. M., & Yin, C. Y. (2009). Inpatient falls: the impact of family and personal caregivers. *Applied Nursing Research*, 22(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2007.09.002>
- Thompson J, McKeever M .(2014).Improving support for patients with aphasia. *Northumbria University.Nursing Times*; 110: 25, 18-20.
- US Department of Health and Human Services. (2006). Agency for Healthcare Research and Quality.(2003). *Creating Partnerships, Improving Health: The Role of Community-Based Participatory Research*, 03-0037.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014.
- Wang, H. F., Jin, J. F., Feng, X. Q., Huang, X., Zhu, L. L., Zhao, X. Y., & Zhou, Q. (2015). Quality improvements in decreasing medication administration errors made by nursing staff in an academic medical center hospital: A trend analysis during the journey to Joint Commission International accreditation and in the post-accreditation era. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, 393–406. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S79238>
- Watson, B. J. (2017). *Fall Prevention in an Acute Care Hospital: The Challenges Encountered by Patients , Staff and Administrators*. May.
- Watson, B. J., et al. (2016) The use of the Morse Fall Scale in an Acute Care Hospital

- Health & Rehabilitation Sciences, Western University, London.
- World Health Organization. (2016). Stroke, Cerebrovascular Accident. National Stated. Diunduh dari:<http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/>
- Wisegeek, (2010). Physiological and Methodological considerations for the use of Neuromuscular Electrical Stimulation
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice : an integrative review, 2(7). <https://doi.org/10.1111/scs.12670>
- Zegers, M., de Bruijne, M. C., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., van der Wal, G., & Groenewegen, P. P. (2011). Variation in the rates of adverse events between hospitals and hospital departments. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 126–133. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq086>
- Zhao, L., Liu, L., Zhang, C. S., Zeng, L., Zhao, J., Wang, L., ... Li, B .(2018). Effect of He's Santong Needling Method on Dysphagia after Stroke : A Study Protocol for a Prospective. Randomized Controlled Pilot Trial, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6126410>
- Zhang, R., Mei Ju, Xin .(2018). Clinical improvement of nursing intervention in swallowing dysfunction of elderly stroke patients. *Biomedical Research* 2018; 29 (6): 1099-1102

Lampiran 1

No	Informasi umum	Pengkajian	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Evaluasi
1.	Ny. N usia 50 tahun masuk RSCM tanggal 9 September 2019 dengan keluhan nafas memberat sejak 4 hari SMRS,. Diagnosa medis myestenia Gravis	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : RR 20x/menit, saturasi 98%, tidak ada oto bantu pernafasan, nadi 88x/menit, TD 100/60mmhg, tidak ada edema. Hasil lab PH 7,445mmhg, pCO2 67,6mmhg, paO2 65,30mmhg, BE 19, HCO3 46,9mmol/L.; Eliminasi : pasien sudah tidak diare, BAB 1x/hari, konsistensi padat, BAK diatas tempat tidur dengan menggunakan pispot 800ml/ 12 jam,.; Aktivitas dan istirahat : sementara pasien dibatasi aktivitasnya di atas tempat tidur; Proteksi :, suhu 36C, terpasang infus NACL 0,9 500ml/8 jam ditangan; Sensasi dan pengindraan : baik,; Cairan : pasien mendapatkan infus Nacl 0,9% 500ml/8 jam, pasien juga bisa minum lewat oral kurang lebih sudah 400ml yang sudah masuk,; Neurologis : Status mental : kesadaran pasien CM, nilai GCS : E4M6V5, memori jangka panjang baik. Nervus Kranialis : NI-N XII. Kekuatan oto pada extremitas atas 5555/5555 dan pada extremitas bawah 5555/5555. Kaku kuduk(-), babinski(-); Endokrin : pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat DM, ; Mode konsep diri : pasien berharap cepat sembuh dan segera pulang kerumah; Mode fungsi peran : pasien seorang ibu ; Mode interpenden : selama di rawat diruang 5 pasien ditemani suami dan keluarga bergantian juga dengan keluarga yang lain. Stimulus fokal : penurunan fungsi serabut saraf ke otot yang mengakibatkan kelemahan otot wajah; Stimulus kontekstual : - Stimulus residual : sebelumnya sudah berobat ke poli dengan kondisi yang sama tetapi gejala tidak membaik sehingga masuk kembali ke RS	Hambatan mobilitas fisik,ansietas Risiko jatuh	Mobilisasai tercapai, Menajemen sensasi Perifer, Pencegahan risiko jatuh	memonitoring pemeriksaan fungsi neurologis identifikasi tanda kekurangan cairan, l, , menghitung balance cairan pasien, dan kolaborasi, latihan mobilitas,ROM	Pasien adaptif ditandai peningkatan fungsi neurologis terutama peningkatan sesnsasi dan kekuatan otot wajah. Dan tidak terjadi risiko jatuh
2.	Ny. S (52 tahun) masuk di RSCM pada tanggal 3 September 2019 Diagnosa Medis: Status Epileptikus Dan Sol	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : RR; 20 x/menit, Hasil palpasi diketahui bahwa gerakan dada simetris antara kanan dan kiri. Saturasi O2 99% dengan pasien bernapas dengan bantuan nasal kanul 3 liter per menit. Akral pasien teraba hangat, (CRT) < 2 detik (9 September 2019): pH 7,43; pCO2 35.30;pO2 138,60; HCO3 23,80 (asidosis respiratorik terkompensasi sebagian).; Nutrisi : Berat badan pasien adalah 45 kg dengan tinggi badan 155 cm. GDS 156 mg/dL(13UI). Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis. Pasien menggunakan NGT mendapatkan terapi diet 1700kkal,; Eliminasi : Pasien terpasang kateter produskis 600/6jam, warna kuning keruh, BAB 1x/hari ditempat tidur menggunakan pempers, Aktivitas dan istirahat total care. Pasien juga tampak lemas.; Proteksi : i risiko jatuh tinggi., suhu tubuh 36,4C; Sensasi dan pengindraan : baik,; Cairan : IVFD femoral NaCl 0,9% 500 ml/12 jam. Na 139 meq/L; K 3.5 meq/L (↓), Cl 102.0 meq/L; Ca darah 8.6 mg/dL; Ca ion 1.05 mmol/L. (9-9-2019); Neurologis : Status mental : kontak pasien adekuat dengan kesadaran pasien CM, nilai GCS : E4M6V4, memori jangka panjang menurun lupa semua. Nervus Kranialis : N I- N XII tidak ada masalah.Kekuatan otot pada extremitas atas 1111/5555 dan pada extremitas bawah 1111/5555. Hemiparese dektra; Endokrin : pasien dan keluarga memiliki riwayat DM; Mode konsep diri : pasien berharap cepat sembuh dan segera pulang kerumah; Mode fungsi peran : pasien seorang ibu; Mode interpenden : selama di rawat dilantai 5 pasien ditemani anak dan keluarga yang lain; Stimulus fokal : massa pada otak mengakibatkan timbulnya respon kejang dan kelemahan anggota gerak sebelah kanan; Stimulus kontekstual : -; Stimulus residual :-	Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral, Ketidakstabilan kadar gula darah, Gangguan mobilitasi fisik, Risiko jatuh	Monitoring TIK Menajemen hiperglikemie <i>Joint Movement</i> : <i>Active</i> (mobilisasi) Pencegahan jatuh	memonitoring pemeriksaan fungsi neurologis, Memberikan diet NGT, Melakukan pemeriksaan gula darah dan insulin, Melakukan perawatan luka dekubitus, Melakukan mobilisasi, , pencegahan jatuh	perfusi jaringan serebral membaik ditandai peningkatan fungsi neurologis terutama peningkatan kekuatan otot . selain itu terjadi keseimbangan dari kadar gula darah Dan tidak terjadi risiko jatuh.
3.	Ny. E, 38 tahun, pendidikan terakhir	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : TD :140/80 mmHg, HR: 90 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 17x/menit,; Nutrisi : pasien terpsang NGT diit seimbang 1300 kkal., mual (-), muntah (-).,; Eliminasi : BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 600/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat : mobilisasi dibantu	Nyeri, Gangguan persepsi sensori:	Kontrol nyeri, Manajemne lingkungan	relaksasi (guide imagery), Manajemen	Setelah diberikan asuhan keperawatan

	SMA, IRT, Islam, menikah , Alamat: Ampar Batam, Riau, RM: 434.61.30. Diagnosa Medis: Tumor Clinoid sinistra, H+2 craneotomi	sebagian oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555; Proteksi: suhu 36,8 ⁰ C, personal hygiene klien baik, risiko jatuh tinggi; Sensasi dan penginderaan; baik, .; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1800cc/hari.; Neurologis: . Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil anisokor 2mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: mata sebelah kiri tidak bisa melihat, dan pemeriksaan yang lain normal. Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif bilateral. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi dengan skala vas 2-3; Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 110mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh ; Mode Fungsi Peran; Pasien merupakan seorang ibu yang memiliki 2 orang anak, sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani suami dan anaknya. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: Nyeri; Stimulus kontekstual: terputusnya kontinuitas jaringan; Stimulus residual: -; Stimulus fokal: gangguan persepsi sensori penglihatan; Stimulus kontekstual: terputusnya sel saraf akibat tumor; Stimulus residual: -	penglihatan Risiko jatuh		lingkungan, Medication management, Pencegahan risiko jatuh, imobilisasi dan aktivitas di tempat tidur	selama tiga hari perawatan, perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan rasa nyeri hilang dan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah penglihatannya dan mulai menerima kondisinya saat ini
4.	Ny. N, 42 tahun, pendidikan terakhir SMA, IRT, Islam, Sunda, Alamat: Bogor, RM: 434.42.33, Diagnosa Medis: tumor spheroid wing medial dextra	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :120/77 mmHg, HR: 80 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 18x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 99%. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: diit lunak 1900 kkal. Habis 1 porsi, mual (-), muntah (-), reflek menelan baik.; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK 7x/hari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi ditempat tidur dibantu sebagian oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555; Proteksi: suhu 36,5 ⁰ C, , risiko jatuh tinggi pasien belum mampu beraktivitas mandiri segala kebutuhan dibantu oleh anaknya. Leukosit : 32.64/uL; Sensasi dan penginderaan; sensasi di ekstremitas bawah dan atas baik, penginderaan raba pada ekstremitas bawah dan atas baik,indra penglihatan terganggu; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1460cc/hari, turgor kulit baik.; Neurologis: pasien masuk rumah sakit dengan keluhan kedua mata tidak bisa melihat kemudian klien dirujuk ke RSCM. Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil anisokor 3mm/3mm., reflek cahaya negatif kedua mata, Pemeriksaan nervus cranial I-XII: bermasalah pada nervus olfaktorius, III, IV dan VI, nervus yang lainnya normal. Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi dengan skala vas 2-3 (tgl operasi 19 november 2019); Endokrin: tidak memiliki riwayat DM, GDS 90 mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal dalam melakukan aktivitas sehari-hari; Mode Fungsi Peran; Pasien merupakan seorang ibu 3 anak dengan aktivitas sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani oleh anaknya. Stimulus fokal: Nyeri, gangguan persepsi sensori penglihatan Stimulus kontekstual: terputusnya kontinuitas jaringan, Stimulus residual: -	Nyeri, Gangguan persepsi sensori: penglihatan, Risiko jatuh	Kontrol nyeri, Manajemen lingkungan	Terapi relaksasi (guide imagery), Manajemen lingkungan, Medication management, Pencegahan risiko jatuh, imobilisasi dan aktivitas di tempat tidur	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan rasa nyeri hilang dan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah penglihatannya dan mulai menerima kondisinya saat ini. pasien juga sudah bisa aktivitas dan mobilisasi ditempat tidur. Dan risiko jatuh tidak terjadi.
5.	Tn.S. Berusia 53 Tahun Dengan Alamat Jakarta..	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : CRT : <2 detik. TTV = TD : 103/70 mmHg, N: 89x/menit, S: 36,8 ⁰ C, RR : 20x/menit dan saturasi oksigen 98%.; Eliminasi : BAB 1x/ hari pasien BAK menggunakan dower cateter, jumlah urine 1000/12 jam, warna urine kuning,. Tidak ada keluhan saat BAK dan BAB; Aktivitas dan istirahat : pasien dalam melakukan aktivitas masih dibantu penuh oleh perawat.; Proteksi : S : 36,8 ⁰ C, terpasang IV line, Berdasarkan risiko jatuh tinggi. (ketergantungan total).; Sensasi dan penginderaan : baik.; Cairan : pasien terpasang cairan	Gangguan perfusi jaringan otak berhubungan dengan	Mempertahankan perfusi jaringan otak, Pertahanan TIK, Manajemen	Mempertahankan perfusi jaringan otak Cek gula darah berkala latihan	Kesadaran klien CM, GCS: E4M6V5, tanda vital klien stabil GDS 110mg/dl, klien mulai

	Masuk Ke Ruang 5A Gedung A RSCM Pada Tanggal 1 Desember 2019 .Dengan Nomor RM 407.77.21 Dengan. Diagnosa Medis: Hemiparese Kanan, Paresis, Dm	infus Nacl 0,9%/ 12 jam/ kolf dengan tidak ada tanda-tanda dehidrasi, mukosa kulit elastis dan mukosa bibir lembab; Neurologis : : Status mental : kontak pasien adekuat dengan kesadaran pasien CM, nilai GCS : E4M6V4, memori jangka panjang menurun lupa semua. Nervus Kranialis : N I masih bisa menyium bau-baun dengan baik, N II RCL (+/+) dan pupil bulat isokor 3mm/3mm. N III, IV, VI kedua bola mata mampu bergerak keatas bawah samping kanan-kiri, N V mampu menutup mulut dan dapat merasakan sentuhan pada optalmikus branch, maksilar dan mandibular branch dengan baik antara kiri dan kanan, N VII terdapat paresis, N VIII pendengaran berkurang telinga kiri dan kanan, N IX reflek muntah tidak terkaji menggunakan NGT, N X uvula tampak ditengah, N XI mampu mengangkat bahu dengan kekuatan otot bahu kiri dan kanan tidak bisa, N XII terdapa lidah mering ke kanan. Kekuatan oto pada extremitas atas 4444/5555 dan pada extremitas bawah 3333/5555. Hemiparese dektra ; Endokrin : pasien tidak memiliki riwayat DM, maupun pada keluarganya. CKD; Mode konsep diri : pasien berharap cepat sembuh dan dapat kembali melakukan aktivitas dan menjalankan perannya sebagai kepala keluarga; Mode fungsi peran : pasien merupakan kepala keluarga yang harus menghidupi keluarganya; Mode interpenden : selama di ruang dirawat pasien ditemani oleh istri; Stimulus fokal : gangguan perfusi jaringan otak, defisit perawatan diri; Stimulus kontekstual : infrak multiple di sentrum semiovale lobus frontal bilateral, thalamus kiri ; Stimulus residual : riwayat DM, CKD	penurunan sirkulasi darah di otak Ketidakstabilan kadar gula darah, Gangguan mobilitas fisik Risiko jatuh	en hiperglikemie, Mobilitas dan aktivitas,Perawatan diri terpenuhi, Pencegahan risiko jatuh	mobilitas fisik Perawatan diri Pencegahan risiko jatuh	mobilsasi bertahap dengan posisi duduk,. Pemenuhan perawatan diri dilakukan oleh klien dan keluarga, mobilitas dilakukan ditimpai tidur, pasien dan keluarga bisa mengikuti latihan ROM, tidak terjadi risiko jatuh
6.	Tn. T 51 tahun, pendidikan terakhir SMA, Islam, Sunda, Alamat: Bogor, RM: 436.93.30, Diagnosa Medis: tetraparasis LMN ec.CIDP Pro Plasmaferesis	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :135/105 mmHg, HR: 105 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 18x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik,; Nutrisi: diit lunak energi 210 kkal. Protein 63 gram, lemak 58 gram, karbo 331 gram, Habis 1 porsi, mual (-), muntah (-), reflek menelan baik; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK 7x/hari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi ditempat tidur dibantu sebagian oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 4433/3344, ekstremitas bawah 3211/1122; Proteksi: suhu 37,5 ⁰ C, personal hygiene klien baik, risiko jatuh tinggi pasien belum mampu beraktivitas mandiri segala kebutuhan dibantu oleh anaknya.; Sensasi dan penginderaan; baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik; Neurologis: pasien masuk rumah sakit dengan keluhan keempat ekstermitas tidak mengalami kelemahan. Pasien juga mempunyai riwayat HNP. Pada saat pengkajian GCS E4MtetrapareseV5 pupil isokor 3mm/3mm., reflek cahaya positif kedua mata, Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal. Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +1/+1; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif. Riwayat operasi HNP tahun 2017; Endokrin: tidak memiliki riwayat DM, stroke, autoimun; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal dalam melakukan aktivitas sehari-hari; Mode Fungsi Peran; Pasien merupakan seorang bapak 2 anak dengan aktivitas sehari-hari bekerja wiraswasta dan mempunyai beban menafkahi keluarga; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani oleh anaknya dan istri . Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS.; Stimulus fokal: kelemahan ekstermitas; Stimulus kontekstual: kelainan lower motor neuron dalam mengirim signal antara batang otak dan tulang belakang; Stimulus residual: operasi HNP tahun 2017	Gangguan mobilitas fisik, Risiko jatuh	Mobilisasi dan aktivitas, Manajemen energi, Manajemen lingkungan	Mobilisasi ditempat tidur, Latihan ROM, Manajemen lingkungan, Medication management Pencegahan risiko jatuh	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah kelemahan ekstermitas, pasien juga sudah bisa aktivitas dan mobilisasi ditempat tidur. Dan risiko jatuh tidak terjadi
7.	Tn. S 28 tahun, pendidikan terakhir SMA ,	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :150/90 mmHg, HR: 88 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%. Akral hangat, CRT< 2 detik, Hasil rontgen thorax (7 desember 2019) : tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru; Nutrisi: pasien diit seimbang 1900 kkal, potein 60 gram, lemak 53 gram, karbohidrat 296 gram., mual (-), muntah (-) ,. Hasil labor (7 desember 2019) Hb 16,9, GDS 95mg/dl; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK	Gengguan mobilitas fisik, Risiko nutrisi kurang dari	Manajemen mobilisasi, Manajemen energi, Manajemen	Pemantauan status neurologis, Mobilisasi ditempat tidur	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan pasien sudah

	Islam, belum menikah, Alamat: wisma tajur Ciputat Tangerang, RM: 442.97.83. Masuk Diagnosa Medis: Tetraparesis UMN, Hipertensi	terpasang kateter produksi 700/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 3232/3432, ekstremitas bawah 4433/4433; pasien tidak mengeluhkan kesulitan tidur; Proteksi: suhu 36,6 ⁰ C, personal hygiene klien baik, risiko jatuh tinggi; Sensasi dan penginderaan: sensasi di ekstremitas bawah dan atas baik, penginderaan raba pada ekstremitas bawah dan atas baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake \pm 1800cc/hari, mukosa bibir lembab, area langit langit dan lidah yang berwarna pink turgor kulit baik. Hasil pemeriksaan labor tanggal 7 desember 2019, tidak ada masalah; Neurologis: Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal. Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +1/+1; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif bilateral; Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 95mg/dl; Mode Konsep diri: Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal dalam melakukan aktivitas; Mode Fungsi Peran: pasien belum menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga; Mode Interdependensi: Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani keluarganya secara bergantian. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: kelemahan ekstermitas; Stimulus kontekstual: abnormalitas pengiriman signal dari otak atau batang otak kesaraf tulang belakang; Stimulus residual: -	kebutuhan tubuh Risiko jatuh	nutrisi, Manajemen lingkungan	dan aktivitas, ROM dan kekuatan otot, Pemberian nutrisi sesuai kebutuhan pasien, Pencegahan risiko jatuh, Edukasi berkaitan dengan penyakit dan perawatan selama dirumah sakit.	mulai terbiasa dengan masalah kelemahan ekstermitasnya dan mulai menerima kondisinya saat ini. Perubahan atau terjadi peningkatan kekuatan otot, nutri pasien bisa tercukupi dan tidak terjadi risiko jatuh.
8.	Tn. E 63 tahun, Alamat: Matraman Jakarta Timur, RM: 429.62.17. Masuk Rumah Sakit tanggal 10 Desember 2019. Diagnosa Medis: Stroke Iskemik	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :140/76 mmHg, HR: 65 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%. Akral hangat, CRT< 2 detik, Hasil rontgen thorax (10 desember 2019) : terdapat kardiomegali dengan elongasi aorta. Riwayat CHF; Nutrisi: pasien diit seimbang 1700 kkal, protein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah (-). Hasil labor (10 desember 2019) Hb 13,1, GDS 94mg/dl; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 700/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/4444, ekstremitas bawah 5555/4444; pasien tidak mengeluhkan kesulitan tidur; Proteksi: suhu 36,8 ⁰ C, personal hygiene klien baik, risiko jatuh tinggi. Leukosit 11,6 (4-10). Sensasi dan penginderaan: sensasi di ekstremitas bawah dan atas baik, penginderaan raba pada ekstremitas bawah dan atas baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake \pm 1600cc/hari, mukosa bibir lembab, area langit langit dan lidah yang berwarna pink turgor kulit baik. Hasil pemeriksaan labor tanggal 10 desember 2019, tidak ada masalah; Neurologis: Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal. Hemiparese sinistra, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif. Pemeriksaan CT scan tanggal 10 terdapat infrak lakunar di basal ganglia kiri; Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 94mg/dl; Mode Konsep diri: Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal dalam melakukan aktivitas; Mode Fungsi Peran: pasien sudah menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi: Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri dan keluarganya secara bergantian. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: kelemahan ekstermitas, hemiparese sinistra; Stimulus kontekstual: infrak lakunar di basal ganglia kiri; Stimulus residual: riwayat CHF	Gangguan mobilitas fisik, Intoleransi Aktivitas, Risiko jatuh	Manajemen mobilisasi, Manajemen energi, Manajemen lingkungan	Pemantauan status neurologis, Mobilisasi ditempat tidur dan batasi aktivitas, ROM pasif dan kekuatan otot, Manajemen lingkungan, Medication management, Pencegahan risiko jatuh, Edukasi berkaitan dengan penyakit dan perawatan selama dirumah sakit.	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah kelemahan ekstermitasnya dan mulai menerima kondisinya saat ini. Perubahan atau terjadi peningkatan kekuatan otot bisa dan tidak terjadi risiko jatuh
9.	Tn. T 57 tahun, Islam,	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : RR:16 x/menit, Hasil palpasi diketahui bahwa gerakan dada simetris antara kanan dan kiri. Saturasi O2 99%, TD : 119/74mmhg, N: 83x/menit. Akral pasien teraba hangat, capillary refill time (CRT) < 2 detik, Radiografi thorax tgl 20 des 2019 terdapat	Ketidak efektifan perfusi	Monitoring TIK, <i>Joint Movement</i> :	memonitoring pemeriksaan fungsi	Setelah dilakukan tindakan

	<p>bekerja sebagai wiraswasta , Alamat: Bekasi, RM: 444.48.95. Masuk Rumah Sakit tanggal 20 Desember 2019. Diagnosa Medis: Epilepsi Dan Sol</p>	<p>atelektasis dilapang paru kanan; Nutrisi : Pasien mendapatkan terapi diet 1700kkal, protein GDS 106mg/dl; Eliminasi : Pasien terpasang kateter dengan produksi 500cc, warna kuning keruh, BAB 1x/hari ditempat tidur menggunakan pempers.; Aktivitas dan istirahat : Pasien Seluruh aktivitas pasien dilakukan di atas tempat tidur.. Tidur malam 5-6 jam, siang 1-2 jam; Proteksi : risiko jatuh tinggi. suhu tubuh 36,4C; Sensasi dan penginderaan : baik,. Nyeri daerah kepala VAS 2;Cairan : Pasien minum melalui NGT,. Turgor kulit sedang, mukosa bibir kering, CRT < 2 detik; kulit teraba hangat. Infus NaCl 0,9% 500 ml/12 jam; Neurologis : Status mental : kontak pasien adekuat dengan kesadaran pasien CM, nilai GCS : E4M6V5,. Nervus Kranialis : N 1-N XII tidak terdapat masalah. Kekuatan oto pada extremitas atas 4444/5555 dan pada extremitas bawah 4444/5555. Hemiparese dektra relfeks fisiologis +2/+2; Endokrin : pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat DM; Mode konsep diri : pasein berharap cepat sembuh dan segera pulang kerumah dan bisa bekerja seperti biasa untuk menafkahi keluarga; Mode fungsi peran : pasien kepala keluarga; Mode interpenden : selama di rawat dilantai 5 pasien ditemani keluarga secara bergantian; Stimulus fokal : massa pada otak mengakibatkan timbulnya respon kejang dan kelemahan anggota gerak sebelah kanan; Stimulus kontekstual : -; Stimulus residual : sebelumnya sudah berobat ke poli dengan kondisi yang sama tetapi gejala tidak membaik sehingga masuk kembali ke RS.</p>	<p>jaringan serebral, Gangguan mobilisasi fisik Risiko jatuh</p>	<p><i>Active</i> (mobilisasi), Pencegahan jatuh</p>	<p>neurologis Monitoring tanda-tanda vital, Mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam, Melakuakn mobilisasi,RO M pasif pada pasien, , Melakukan pencegahan jatuh</p>	<p>keperawatan selama diharapkan perfusi jaringan serebral bisa teratasi dengan ditandai peningkatan fungsi neurologis terutama peningkatan kekuatan otot . Dan tidak terjadi risiko jatuh.</p>
10.	<p>Tn. S 49 tahun, pendidikan terakhir SMA , Islam, menikah bekerja sebagai pegawai swasta , Alamat : Bogor, RM: 399.18.37. Masuk Rumah Sakit tanggal 19 Desember 2019. Diagnosa Medis: Stroke Hemoragik</p>	<p>Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :129/96 mmHg, HR: 93 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik, Hasil rontgen thorax (19 desember 2019) : terdapat kardiomegali dengan elongasi aorta; Nutrisi: pasien diit seimbang 2100 kkal, potein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah (-). Hasil labor (19 desember 2019) Hb 13,1, GDS 94mg/dl; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 600/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB;Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 4433/5555, ekstremitas bawah 4433/5555; pasien tidak mengeluhkan kesulitan tidur tidur malam 6-7jam, siang 1 jam; Proteksi: suhu 37,8⁰C, personal hygiene klien baik, risiko jatuh tinggi. Leukosit 10,75 (4-10);Sensasi dan penginderaan: sensasi di ekstremitas bawah dan atas baik, penginderaan raba pada ekstremitas bawah dan atas baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir lembab, area langit langit dan lidah yang berwarna pink turgor kulit baik. Hasil pemeriksaan labor tanggal 10 desember 2019, tidak ada masalah;Neurologis:. Pada saat pengkajian GCS E4M6V afasia , pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal. Hemiparese dekstra, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Pemeriksaan CT scan tanggal 19 des 2019 terdapat perdarahan intra parenkim di lobus frontotemporal kiri estimasi vol. 62,4 ml, disertai perdarahan sundural di regio frontal kiri; Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM;Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal dalam melakukan aktivitas; Mode Fungsi Peran; pasien sudah menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri dan keluarganya secara bergantian. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS;Stimulus fokal: kelemahan ekstermitas, hemiparese Dextra; Stimulus kontekstual: perdarahan intra parenkim di lobus frontotemporal kiri; Stimulus residual: -</p>	<p>Ketidakefek tihan pefusi jaringan serebral, Gengguan mobilitas fisik, Risiko jatuh</p>	<p>Manajemen TIK, Manajemen mobilisasi, Manajemen energi Manajemen lingkungan</p>	<p>Pemantauan status neurologis, Atur posisi neurologis sesuai keadaan pasien, Mobilisasi ditempat tidur dan batasi aktivitas, ROM pasif dan kekuatan otot, Manajemen lingkungan, Medication management, Pencegahan risiko jatuh,</p>	<p>perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah kelemahan ekstermitasnya dan mulai menerima kondisinya saat ini. Perubahan atau terjadi peningkatan kekuatan otot bisa dan tidak terjadi risiko jatuh.</p>
11.	<p>Tn. G (62 tahun), agama</p>	<p>Oksigenase Saat ini pada pasien Terpasang ventilator trakea (trakeostomi) tanpa sedasi dengan mode SIMV+PS, RR 12 X/mnt, PEEP 6, TV. 500cc, FiO₂. 50%, I:E. 1:2, SaO₂ 100%. TTV: TD. 127/62, MAP. 86, N. 90x/mn, S. 37 °C, dengan hasil AGD. pH. 7,403, pCO₂. 40,20 , pO₂. 194,</p>	<p>Gangguan pertukaran gas Infeksi</p>	<p>Status pernapasan baik ,</p>	<p>Manajemen Jalan Napas, Managemen</p>	<p>Terpasang trakeostomi, on ventilator, Pola</p>

	islam, pendidikan sarjana, bekerja sebagai PNS, alamat bekasi, dengan diagnosa medis Tetraplegi LMN ec GBS	HCO3. 31,10, BE, 7,90, SaO2. 98%.; Nutrisi: Pasien sadar, namun mengalami gangguan neuromuscular karena GBS dengan riwayat DM tipe II sejak 5 tahun yang lalu. Pasien tampak kurus, tulang-tulang menonjol, mengalami malnutrisi berat dengan komplikasi penyakit. Terpasang NGT; Eliminasi: Pasien mengalami inkontinensia alvi dan uri. BAB dengan bantuan laxantiva dan enema. BAB cair sd lunak 1X sehari warna kuning kecoklatan. BAK; terpasang kateter urine, produksi urine per 12 jam; Aktivitas dan Istirahat: Pasien total care. Pasien mengalami tetraplegia. Pasien terbaring ditempat tidur dalam posisi semifowler. Tidak ada gerakan aktif. ROM pasif dilakukan fisioterapist dan akupuntur setiap hari. Tidak ada kekakuan sendi, tonus otot berkurang. Kekuatan otot 1000/0001; Konsep diri;-; Fungsi peran: Pasien tidak dapat melakukan semua perannya; Interdependen: Pasien total care. Selama sakit pasien bergantung penuh pada perawat dan keluarga. Selama selalu ditemani oleh isterinya diruang tunggu bergantian dengan anak laki-lakinya.; Stimulus fokal: sesak nafas, kelemahan ekstermitas, hemiparese Dextra; Stimulus kontekstual: gangguan neuromuscular; Stimulus residual: riwayat DM	(VAP) berhubungan ,Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Hambatan mobilisasi fisik	Gangguan pertukaran gas teratasi kebutuhan nutrisi, Joint Movement : Active Mobility Level	ventilasi mekanik mencegah infeksi pneumonia, Manajemen nutrisi Exercise therapy : ambulation	napas normal, pasien makan per NGT, tidak ada residu, , masih tampak kurus, tonus otot buruk, kesadaran CM, tetraplegia, pasien tidak mampu melakukan ROM aktif, semua aktivitas dibantu.
12.	Tn. J (62 tahun), agama islam, , , alamat Cibubur, masuk diagnosa hiponatremie dan penurunan kesadaran Subdural higroma bilateral	Mode Fisiologi: Pada waktu dilakukan pengkajian pada tanggal 22/10/2019 pasien mengalami penurunan kesadaran dan berespon terhadap nyeri, kesadaran samnolen, airway bebas, breathing reguler, simetris, bunyi nafas vesikuler menurun, RR 22x/menit, saturasi 100%, circulation akral dingin, pucat, nadi lemah reguler, CRT> 2 detik, TD: 118/88mmhg, nadi: 127x/menit. Disability kesadaran samnolen, GCS E2V2M4, pupil isokor, reflek cahaya (+), diameter mata kanan 3mm, kiri 3mm. Pasaen terpasang NGT dengan produksi hitam (200cc) perut distensi, terpasang kateter dengan produksi urin 1000ml. Akses IV tangan kiri dengan NaCl 0,9% / 8 jam. Hasil pemeriksaan lab tanggal 22/10/19; Mode Konsep Diri: Tidak terkaji pasien mengalami penurunan kesadaran. Mode Fungsi Peran: saat ini pasien seorang hakim, sehari-hari pasien melakukan pekerjaannya sebagai hakim, sejak sakit pekerjaan pasien terganggu dan malah tidak bisa bekerja; Mode Interdependence: Pasien mengalami penurunan kesadaran Stimulus fokal: penurunan kesadaran, ; Stimulus kontekstual: gangguan cairan dan elektrolit akibat Subdural higroma ; Stimulus residual:-	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral	Electrolit and acid base balance, Fluid balance, Hydration Circulation status Tissue Prefusion : cerebral	Fluid management Manajemen cairan hiponatremie/ algoritma hiponatremie Intrakranial Pressure (ICP) Monitoring (Monitor tekanan intrakranial)	kesadaran samnolen , GCS E2M4V2, TD 128/88mmhg, nadi 130x/menit, RR: 20x/menit, saturasi 98%, oksigen NRM 10 Lpm, suhu : 36C, , balnce cairan (1300-1400=100cc),akral dingin
13.	Tn. R 47 (47 tahun), agama islam, alamat gunung kendal jawa tengah. RM 442-85-67. Diagnosa Medis Fraktur	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :140/86 mmHg, HR: 80 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 26x/menit,terdapt fraktur costa 4,5, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97% dengan O2 rebreathing 8lpm. Akral hangat, CRT< 2 detik,; Nutrisi: pasien diit seimbang 1700 kkal, protein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah (-); Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1000/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi: suhu 37,5°C, risiko jatuh tinggi. Leukosit 11,6 (4-10). Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1700cc/hari, mukosa bibir lembab, area langit langit dan lidah yang berwarna berwarna pink turgor kulit baik; Neurologis: . Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal., Tonus otot baik, Refleks fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin:	Gangguan pertukaran gas Intoleransi Aktivitas, Risiko jatuh	Status pernapasan baik , Gangguan pertukaran gas teratasi , manajemen energi, risiko jatuh tidak terjadi	Manajemen airway, pemberian oksigen sesuai kebutuhan, mobilisasi ditempat tidur, manajemen energi,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan pertukaran gas teratasi dengan saturasi diatas 98%. Aktivitas ditempat tidur, tidak terjadi risiko jatuh

	kompresi L1-L2.	klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 104mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh ; Mode Fungsi Peran; pasien sudah menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: sesak nafas.; Stimulus kontekstual: trauma desakan tulang yang fraktur; Stimulus residual:-				
14.	Tn. S (27 tahun), agama islam alamat karawang Jawa barat, RM 436-84-25. Pasien terpasang trakeotomi, dengan diagnosa medis Tumor Intraventrrikuler III	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :130/80 mmHg, HR: 88 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97% dengan O2 rebreathing 8lpm. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: menggunakan NGT, pasien diit seimbang 1700 kkal, protein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah (-)lab : Ph7,47, HCO3 28,50,BE: 5,3; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1300/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi: suhu 36,5 ⁰ C, risiko jatuh tinggi. Leukosit 11,6 (4-10). Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir kering, area langit langit dan lidah yang berwarna berwarna pink turgor kulit baik; Neurologis:. Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal., Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 95mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh ; Mode Fungsi Peran; pasien sudah menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: nyeri kepala, sesak nafas,alklosis respiratori; Stimulus kontekstual: desakan oleh tumor; Stimulus residual:-	Nyeri akut, Gangguan pertukaran gas Intoleransi Aktivitas, Risiko jatuh	Nyeri berkurang, pernapasan baik , Gangguan pertukaran gas teratasi , manajemen energi, risiko jatuh tidak terjadi	Manajemen nyeri, Manajemen airway, pemberian oksigen sesuai kebutuhan, mobilisasi ditempat tidur, manajemen energi,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang Vas 0-1, gangguan pertukaran gas teratasi dengan saturasi diatas 98%. Aktivitas ditempat tidur, tidak terjadi risiko jatuh
15.	Tn. T(51tahun) agama islam, alamat tanah abang, DKI Jakarta. RM 436-93-330. Pasien dengan CIDP Pro Plasmaparesis	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :145/80 mmHg, HR: 80 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 16/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%, Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: pasien diit seimbang 1700 kkal, mual (-), muntah (-) ; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK kurang lebih 1500/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 4444/4444, ekstremitas bawah 4444/4444;; Proteksi: suhu 36,4 ⁰ C, risiko jatuh tinggi.. Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir basah, turgor kulit baik; Neurologis:. Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 106mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa aktivitas seperti biasa ; Mode Fungsi Peran; sehari-hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: kelemahan anggota gerak, Stimulus kontekstual: gangguan neuromuskular akibat autimun; Stimulus residual:-	Ansietas, Hambatan mobilitas fisik, risiko jatuh	Ansietas teratasi, hambatan mobilitas teratasi, aktivitas ditempat tidur, risiko jatuh tidak terjadi	Memberikan penjelasan tentang terapi dan penyakit yang diidderita, mobilisasi ditempat tidur, ROM, pencegahan risiko jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tampak lebih tenang dan rileks, aktivitas dan mobilisaasi ditempat tidur, bisa melakukan ROM,risiko jatuh tidak terjadi
16.	Tn. Y (26 tahun),agama islam, alamat Bekasi, RM.162-47-	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :125/70 mmHg, HR: 70 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 16/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%, Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: pasien diit seimbang 1700 kkal, mual (-), muntah (-) ; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK kurang lebih 1200/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi: suhu 36,8 ⁰ C, risiko jatuh rendah.. Sensasi dan	Risiko kejang, Intoleransi aktivitas, Ansietas, risiko jatuh	Kejang tidak terjadi, manajemen energi, ansietas berkurang,	Manajemen kejang, manajemen energi, mobilitas ditempat tidur,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan kejang tidak terjadi, pasien

	39. Datang dengan riwayat kejang dan diagnosa medis Status Epileptikus	penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake \pm 1600cc/hari, mukosa bibir basah, turgor kulit baik; Neurologis : riwayat kejang, Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin : klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 98mg/dl; Mode Konsep diri ; Pasien ingin sekali sembuh dari kejang ; Mode Fungsi Peran ; sehari-hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi ; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal :kejang berulang, Stimulus kontekstual :gangguan implus antar neuron; Stimulus residual :riwayat kejang berulang		risiko jatuh tidak terjadi	edukasi pencegahan kejang, pencegahan risiko jatuh	tampak lebih tenang dan paham cara mencegah kejang berulang, aktivitas ditempat tidur, dan kejadian jatuh tidak terjadi
17.	Tn. R (20 tahun) agama islam, belum menikah, alamat kapuas hulu Kalimantan Barat, pasien datang dengan keluhan nyeri kepala, diagnosa medis SOL intrakranial	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : TD :120/780 mmHg, HR: 80 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi : menggunakan NGT, pasien diit seimbang 1700 kkal, protein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah (-); Eliminasi : BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1300/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat : mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi : suhu 36,5 ⁰ C, risiko jatuh tinggi. Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake \pm 1000cc/hari, mukosa bibir kering, area langit langit dan lidah yang berwarna pink turgor kulit baik; Neurologis :. Nyeri kepala, VAS 5-6 GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal., Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin : klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 98mg/dl; Mode Konsep diri ; Pasien ingin sekali sembuh ; Mode Fungsi Peran ; pasien ingin sekolah seperti biasa. ; Mode Interdependensi ; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani orang tua. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal : nyeri kepala; Stimulus kontekstual :desakan oleh tumor; Stimulus residual :-	Nyeri akut, Ansietas, intoleransi aktivitas, risiko jatuh	Nyeri berkurang, Manajemen energi, risiko jatuh tidak terjadi	Manajemen nyeri, tehnik raksasi nafas dalam, manajemen energi, penjelasan kondisi penyakit, pencegahan risiko jatuh	Setelah dilakukan tindakan perawatan nyeri berkurang VAS 3-4, aktivitas ditempat tidur, risiko jatuh tidak terjadi
18.	Tn. A (50 tahun), agama islam, alamat cimanggis Depok, RM. 429-17-04. pasien bekerja sebagai pedagang. Diagnos Medis	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : TD :150/76 mmHg, HR: 68 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%. Akral hangat, CRT< 2 detik, Hasil rontgen thorax (10 desember 2019) : terdapat kardiomegali dengan elongasi aorta; Nutrisi : pasien diit seimbang 1700 kkal, protein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah; Eliminasi : BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1000/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat : mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/4444, ekstremitas bawah 5555/4444;; Proteksi : suhu 37,2 ⁰ C, personal hygiene klien baik, risiko jatuh tinggi. Sensasi dan penginderaan ; baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake \pm 1600cc/hari, mukosa bibir lembab, area langit langit dan lidah yang berwarna pink turgor kulit baik.; Neurologis :. Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal. Hemiparese sinistra, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif ; Endokrin : klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 90mg/dl; Mode Konsep diri ; Pasien ingin sekali sembuh; Mode Fungsi Peran ; pasien sudah	Gangguan mobilitas fisik, Intoleransi Aktivitas, Risiko jatuh	Manajemen mobilisasi, Manajemen energi, Manajemen lingkungan	Pemantauan status neurologis, Mobilisasi ditempat tidur dan batasi aktivitas, ROM pasif dan kekuatan otot, Manajemen lingkungan, Medication management,	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah kelemahan ekstermitasnya dan mulai menerima kondisinya saat ini. Perubahan atau terjadi

	Stroke Iskemik.	menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi ; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal : kelemahan ekstermitas, hemiparese sinistra; Stimulus kontekstual : infrak lakunar di basal ganglia kiri; Stimulus residual :-			Pencegahan risiko jatuh,	peningkatan kekuatan otot bisa dan tidak terjadi risiko jatuh
19.	Tn. M (54 Tahun), agama islam, alamat Duren Sawit, Jakarta timur, RM. 429-73-28. Dengan diagnosa medi epilepsi Simtomatik	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : TD :140/70 mmHg, HR: 78 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 18/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%, Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi : pasien diit seimbang 1700 kkal, mual (-), muntah (-) ; Eliminasi : BAB 1x/hari, lembek, BAK kurang lebih 1400/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat : mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi : suhu 36,8 ⁰ C, risiko jatuh rendah.. Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1400cc/hari, mukosa bibir basah, turgor kulit baik; Neurologis : riwayat kejang, Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin : klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 98mg/dl; Mode Konsep diri ; Pasien ingin sekali sembuh dari kejang ; Mode Fungsi Peran ; sehari-hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi ; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal :kejang berulang, Stimulus kontekstual :gangguan implus antar neuron; Stimulus residual :riwayat kejang berulang	Risiko kejang, Intoleransi aktivitas, Ansietas, risiko jatuh	Kejang tidak terjadi, menejemen energi, ansietas berkurang, risiko jatuh tidak terjadi	Manejemen kejang, manejemn energi, mobilitas ditempat tidur, edukasi pencegahan kejang, pencegahan risiko jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan kejang tidak terjadi, pasien tampak lebih tenang dan paham cara mencegah kejang berulang, aktivitas ditempat tidur, dan kejadian jatuh tidak terjadi
20.	Tn. M (46 tahun) agama islam, alamat Tebet Jakarta Selatan, diagnosa medis GBS	Oksigenase TTV: TD. 127/62, MAP. 86, N. 90x/mn, S. 37 ⁰ C, dengan hasil AGD. ; Nutrisi : Pasien sadar, namun mengalami gangguan neuromuscular karena GBS. Pasien tampak kurus, tulang-tulang menonjol, mengalami malnutrisi berat dengan komplikasi penyakit. Terpasang NGT; Eliminasi : . BAB cair sd lunak 1X perhari warna kuning kecoklatan. BAK; terpasang kateter urine, produksi urine 1200/12 jam; Aktivitas dan Istirahat : Pasien total care. Pasien mengalami tetraplegia. Pasien terbaring ditempat tidur dalam posisi semifowler. Tidak ada gerakan aktif. ROM pasif dilakukan fisioterapist setiap hari. Tidak ada kekakuan sendi, tonus otot berkurang. Kekuatan otot 1111/1111; Konsep diri :-; Fungsi peran :Pasien tidak dapat melakukan semua perannya; Interdependen: Pasien total care. Selama sakit pasien bergantung penuh pada perawat dan keluarga. Selama selalu ditemani oleh isterinya diruang tunggu bergantian dengan anak laki-lakinya.; Stimulus fokal :-, kelemahan ekstermitas, Stimulus kontekstual : gangguan neuromuscular; Stimulus residual :-	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Hambatan mobilisasi fisik Risiko Jatuh	Tercapai keseimbangan pemenuhan kebutuhan nutrisi, Joint Movement : Active Mobility Level, Risiko jatuh tidak terjadi	Managemen nutrisi Exercise therapy : ambulation, ROM,fisioterapi Pencegahan risiko jatuh	, kesadaran CM, tetraplegia, pasien tidak mampu melakukan ROM aktif, semua aktivitas dibantu.
21.	Tn. T (19 tahun), agama islam, alamat cempaka putih, Jakarta. RM. 445-	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : TD :139/96 mmHg, HR: 80 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi : pasien diit seimbang 2100 kkal, protein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah; Eliminasi : BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 600/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat : mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 4444/5555, ekstremitas bawah 4444/5555; Proteksi : suhu 37,5 ⁰ C, risiko jatuh tinggi.; Sensasi dan penginderaan ; sensasi di ekstremitas bawah dan atas baik, penginderaan raba pada ekstremitas bawah dan atas baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1400cc/hari, mukosa bibir lembab, area langit langit dan lidah	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, Gangguan mobilitas fisik, Risiko jatuh	Manajemen TIK, Manajemen mobilisasi, Manajemen energi Manajemen lingkungan	Pemantauan status neurologis, Atur posisi neurologis, Mobilisasi ditempat tidur dan batasi aktivitas,	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan dengan kelemahan ekstermitasnya .Perubahan atau terjadi

	46-42. Dengan diagnosa Medis Comtosio cerebri, Vulnus scissum	yang berwarna berwarna pink turgor kulit baik.; Neurologis :. Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 , pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif; Endokrin : klien tidak memiliki riwayat DM; Mode Konsep diri ; Pasien ingin sekali sembuh; Mode Fungsi Peran ; pasien ingin sekolah; Mode Interdependensi ; Selama dirawat di RS pasien selalu keluarga. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal : kelemahan ekstermitas;; Stimulus kontekstual : perdarahan serebral; Stimulus residual : -			ROM pasif dan kekuatan otot, Pencegahan risiko jatuh,	peningkatan kekuatan otot bisa dan tidak terjadi risiko jatuh. Hasil pasien tampak rileks,
22.	Ny.A (30 tahun), agama islam, alamat kembangan Jakarta Barat.RM. 445-40-22 . dengan diagnosa medis myestenia Gravis	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : pernapasan pasien reguler, vesikuler dengan RR 20x/menit, saturasi 98%, tidak ada oto bantu pernafasan, dengan nadi 88x/menit, TD 100/60mmhg, tidak ada edema.; Eliminasi : pasien sudah tidak diare, BAB 1x/hari, konsistensi padat, BAK diatas tempat tidur dengan menggunakan pisipot 1000ml/ 12 jam , warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK.Hasil lab urine tidak terdapat masalah; Aktivitas dan istirahat : sementara pasien dibatasi aktivitasnya di atas tempat tidur karena sering mengeluh lemas;; Proteksi : akral pasien hangat, suhu 36,5C;; Sensasi dan pengindraan : baik;; Cairan : pasien mendapatkan infus Nacl 0,9% 500ml/8 jam;; Neurologis : Status mental : kontak pasien adekuat dengan kesadaran pasien CM, nilai GCS : E4M6V5, memori jangka panjang baik. Nervus Kranialis : N1-XII normal tidak ada maslah. Kekuatan oto pada extremitas atas 5555/5555 dan pada extremitas bawah 5555/5555. Kaku kuduk(-), babinski(-); Endokrin : pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat DM, ; Mode konsep diri : pasien berharap cepat sembuh dan segera pulang kerumah; Mode fungsi peran : pasien seorang ibu ; Mode interpenden : selama di rawat suami dan keluarga bergantian juga dengan keluarga yang lain. Stimulus fokal : penurunan fungsi serabut saraf ke otot yang mengakibatkan kelemahan otot wajah; Stimulus kontekstual : - Stimulus residual : sebelumnya sudah berobat ke poli dengan kondisi yang sama tetapi gejala tidak membaik sehingga masuk kembali ke RS	Gangguan perfusi jaringan serebral, Risiko jatuh	Monitoring TIK, Manajemen sensasi Perifer, Pencegahan risiko jatuh	memonitorin g pemeriksaan fungsi neurologis Monitoring tanda-tanda vital, selain itu juga mengidentifikasi tanda-tanda kekurangan cairan, , mengitung balance.	perfusi jaringan serebral bisa teratasi dengan ditandai peningkatan fungsi neurologis terutama peningkatan sensasi dan kekuatan otot wajah. Dan tidak terjadi risiko jatuh .
23.	Ny. E (56 tahun), agama islam, alamat Bojong Gede, Bogor. RM. 445-48-11. Dengan diagnosa Medis stroke Hemoragik	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : TD :145/96 mmHg, HR: 93 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 20x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik;; Nutrisi : pasien diit seimbang 2100 kkal, potein 60 gram, lemak 47 gram, karbohidrat 253 gram., mual (-), muntah (-);. Eliminasi : BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 800/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat : mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 3333/5555, ekstremitas bawah 3333/5555; Sensasi dan penginderaan ; baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1400cc/hari, mukosa bibir lembab; Neurologis :. Pada saat pengkajian GCS E4M6V afasia , pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal. Hemiparese dekstra, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Pemeriksaan CT scan terdapat perdarahan intra parenkim di lobus frontotemporal kiri estimasi vol. 50,8 ml, disertai; Endokrin : klien tidak memiliki riwayat DM; Mode Konsep diri ; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal; Mode Fungsi Peran ; pasien sudah menikah, dan setiap hari pasien merawat anaknya; Mode Interdependensi ; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani keluarganya secara bergantian. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal : kelemahan ekstermitas, hemiparese Dextra; Stimulus kontekstual : perdarahan intra parenkim di lobus frontotemporal kiri; Stimulus residual : hipertensi	Ketidakefek tihan pefusi jaringan serebral, Gengguan mobilitas fisik, Risiko jatuh	Manajemen TIK, Manajemen mobilisasi, Manajemen energi Manajemen lingkungan	Pemantauan status neurologis, Atur posisi neurologis sesuai keadaan pasien, Mobilisasi ditempat tidur dan batasi aktivitas, ROM pasif dan kekuatan otot, Pencegahan risiko jatuh,	perilaku pasien menunjukkan perilaku adaptif ditandai dengan pasien sudah mulai terbiasa dengan masalah kelemahan ekstermitasnya dan mulai menerima kondisinya saat ini. Perubahan atau terjadi peningkatan kekuatan otot, dan tidak terjadi

						risiko jatuh.
24.	Ny. E (30 tahun), agama islam, alamat pabuaran Bogor, RM. 445-49-43. Dengan diagnosa Medis GBS.	Mode Adaptasi Fisiologis ;Oksigenase TD. 120/68, MAP. 89, N. 90x/mn, S. 36,5 ⁰ C, . ; Nutrisi: Pasien sadar, namun mengalami gangguan neuromuscular karena GBS. Terpasang NGT diet 1700kkal; Eliminasi: . BAB cair sd lunak 1X perhari warna kuning kecoklatan. BAK; terpasang kateter urine, produksi urine 1000/12 jam; Aktivitas dan Istirahat: Pasien total care. Pasien mengalami tetraplegia. Pasien terbaring ditempat tidur dalam posisi semifowler. Tidak ada gerakan aktif. ROM pasif dilakukan fisioterapist setiap hari. Tidak ada kekakuan sendi, tonus otot berkurang. Kekuatan otot 2222/2222; Konsep diri;- Fungsi peran: Pasien tidak dapat melakukan semua perannya; Interdependen: Pasien total care. Selama sakit pasien bergantung penuh pada perawat dan keluarga. Selama selalu ditemani suami dan keluarga diruang tunggu bergantian .; Stimulus fokal: , kelemahan ektermitas, Stimulus kontekstual: gangguan neuromuscular; Stimulus residual:-	Hambatan mobilisasi fisik Risiko Jatuh	Joint Movement : Active Mobility Level, Risiko jatuh tidak terjadi	Exercise therapy : ambulation, ROM,fisioterapi Pencegahan risiko jatuh	kesadaran CM, tetraplegia, pasien tidak mampu melakukan ROM aktif, semua aktivitas dibantu. Tidak terjadi risiko jatuh
25.	Tn. H (66 tahun) agama kristen, alamat Bekasi Jawa Barat, RM. 445-43-87. Datang dengan penurunan kesadaran, diagnosa medis SAH	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :140/90mmHg, HR: 83 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 18x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Masker rebreathing 8lpm. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: pasien diit seimbang 1700 kkal, mual (-), muntah (-).; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1000/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 3333/4444, ekstremitas bawah 3333/4444; Sensasi dan penginderaan: baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir lembab; Neurologis: . Pada saat pengkajian GCS E3M6V4 , pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal., Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada., disertai; Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal; Mode Fungsi Peran; pasien belum menikah.; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani keluarganya secara bergantian. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: kelemahan ektermitas.; Stimulus kontekstual: perdarahan SAH; Stimulus residual: hipertensi	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, Gangguan mobilitas fisik, Risiko jatuh	Manajemen TIK, Manajemen mobilisasi, Manajemen energi Manajemen lingkungan	Pemantauan status neurologis, Mobilisasi, batasi aktivitas, ROM pasif, Pencegahan risiko jatuh,	Pasien mulai adaptif ditandai dengan pasien terbiasa dengan kelemahan ektermitasnya dan mulai menerima kondisinya saat ini. Perubahan atau terjadi peningkatan kekuatan otot, dan tidak terjadi risiko jatuh.
26.	Ny.U (22 tahun), agama islam, alamat Majalengka Tanggerang, RM. 445-49-68. Dengan diagnosa Medis Myestenia Gravis.	Mode Adaptasi Fisiologis ; Oksigenasi : RR 20x/menit, saturasi 98%, , dengan nadi 88x/menit, TD 100/60mmhg, tidak ada edema.; Eliminasi : BAB 1x/hari, konsistensi padat, BAK diatas tempat tidur dengan menggunakan pispot 900ml/ 12 jam , warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK.; Aktivitas dan istirahat : sementara pasien dibatasi aktivitasnya di atas tempat tidur karena sering mengeluh lemas.; Proteksi : akral pasien hangat, suhu 37,5C.; Sensasi dan penginderaan : baik; Cairan : pasien mendapatkan infus Nacl 0,9% 500ml/8 jam.; Neurologis : Status mental : pasien CM, nilai GCS : E4M6V5, memori jangka panjang baik. Nervus Kranialis : N1-XII normal tidak ada masalah. Kekuatan oto pada extremitas atas 5555/5555 dan pada extremitas bawah 5555/5555. Kaku kuduk(-), babinski(-); Endokrin : pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat DM, ; Mode konsep diri : pasien berharap cepat sembuh dan segera pulang kerumah; Mode fungsi peran : pasien seorang mahasiswa; Mode interpenden : selama di keluarga secara bergantian. Stimulus fokal : penurunan fungsi serabut saraf ke otot yang mengakibatkan kelemahan otot wajah; Stimulus kontekstual : - Stimulus residual : sebelumnya sudah berobat ke poli dengan kondisi yang sama tetapi gejala hilang timbul.	Hambatan mobilitas fisik, Risiko jatuh	Mobilisasi Manajemen sensasi Perifer, Pencegahan risiko jatuh	memonitoring pemeriksaan fungsi neurologis, selain itu juga mengidentifikasi tanda-tanda kekurangan cairan, , mengitung balance.	peningkatan fungsi neurologis terutama peningkatan sensasi dan kekuatan otot wajah. Dan tidak terjadi risiko jatuh .
27.	Ny. A (52	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :135/80 mmHg, HR: 70 x/mnt teraba kuat dan teratur,	Ansietas,	Ansietas	Memberikan	Setelah

	tahun), agama islam, alamat cempaka putih Jakarta.RM. 412-71-97. Dengan diagnosa Medis CIDP	RR 16/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 97%, Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: pasien diit seimbang 2100 kkal, mual (-), muntah (-) ; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK kurang lebih 1500/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5544/5544, ekstremitas bawah 5544/5544;; Proteksi: suhu 36,5 ⁰ C, risiko jatuh tinggi.. Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1200cc/hari, mukosa bibir basah, turgor kulit baik; Neurologis: . Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 89mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa aktivitas seperti biasa ; Mode Fungsi Peran; sehari-hari pasien ibu rumah tangga. ; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani suami. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: kelemahan anggota gerak, Stimulus kontekstual: gangguan neuromuskular akibat autoimun; Stimulus residual:-	Hambatan mobilitas fisik, risiko jatuh	teratasi, hambatan mobilitas teratasi, aktivitas ditempat tidur, risiko jatuh tidak terjadi	penjelasan tentang terapi dan penyakit yang diidderita, mobilisasi ditempat tidur, ROM, pencegahan risiko jatuh	dilakukan tindakan keperawatan pasien tampak lebih tenang dan rileks, aktivitas dan mobilisaasi ditempat tidur, bisa melakukan ROM,risiko jatuh tidak terjadi
28.	Tn. N (51 tahun), agama islam, alamat duren sawit DKI Jakarta, pekerjaan PNS,RM.32 2-26-01. Dengan diagnosa Medis Adenoma Hipofisis	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :125/70 mmHg, HR: 80 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 18x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: menggunakan NGT, pasien diit seimbang 1700 kkal., mual (-), muntah (-); Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1000/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi: suhu 36 ⁰ C, risiko jatuh tinggi.. Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir kering, area langit langit dan lidah yang berwarna berwarna pink turgor kulit baik; Neurologis: . Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal., Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 100mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh ; Mode Fungsi Peran; pasien sudah menikah, dan setiap hari pasien bekerja untuk mencari nafkah keluarga. ; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani istri. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: nyeri kepala.; Stimulus kontekstual: desakan oleh tumor; Stimulus residual:-	Nyeri akut, Intoleransi Aktivitas, Risiko jatuh	Nyeri berkurang, pernapasan baik , , manaejem energi, risiko jatuh tidak terjadi	Manajemen nyeri, , mobilisasi ditempat tidur, manajemen energi,pencegahan risiko jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang Vas 0-1, gangguan pertukaran gas teratasi dengan saturasi diatas 98%. Aktivitas ditempat tidur, tidak terjadi risiko jatuh
29.	Ny. E (38 tahun), islam, alamat Riau, RM. 434-61-30. Dengan diagnosa Medis tumor clinoid sinistra	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :130/90mmHg, HR: 83 x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 18x/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%. Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: NGT terpasang, pasien diit seimbang 1700 kkal, mual (-), muntah (-).; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK terpasang kateter produksi 1000/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555; Sensasi dan penginderaan; baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir lembab; Neurologis: .CT scan defek pasca kraniotomi di os frontal kiri. Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 , pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal., Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada., disertai; Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dan bisa normal; Mode Fungsi Peran; pasien sudah menikah .; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani keluarganya secara bergantian. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: nyeri	Ketidakefek tihan pefusi jaringan serebral, nyeri akut, Risiko jatuh	Manajemen TIK, Manajemen nyeri Manajemen energi Manajemenne lingkungan	Pemantauan status neurologis, Atur posisi neurologis sesuai keadaan pasien, monevimen nyeri , ROM pasif dan kekuatan otot, Pencegahan	Pasien mulai adaptif ditandai dengan pasien terbiasa dengan nyer kepala, nyeri kepala menurun, menerima kondisinya saat ini., dan tidak terjadi risiko jatuh.






		kepala, ,; Stimulus kontekstual: nyeri post kaniotomi; Stimulus residual:-			risiko jatuh,	
30.	Ny. M (19 tahun), agama islam, alamat DKI jakarta, RM. 369-49-30. Datang dengan keluhan kejang. Diagnosa Medis Epilepsi	Mode Adaptasi Fisiologis; Oksigenasi : TD :120/70 mmHg, HR: 70x/mnt teraba kuat dan teratur, RR 16/menit, irama nafas teratur, saturasi oksigen 98%, Akral hangat, CRT< 2 detik.; Nutrisi: pasien diit seimbang 1700 kkal, mual (-), muntah (-) ; Eliminasi: BAB 1x/hari, lembek, BAK kurang lebih 1200/12 jam, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB; Aktivitas dan Istirahat: mobilisasi dibantu oleh keluarga, kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555, ekstremitas bawah 5555/5555;; Proteksi: suhu 37 ⁰ C, risiko jatuh rendah.. Sensasi dan penginderaan baik; Cairan dan Elektrolit dan keseimbangan asam basa: intake ± 1500cc/hari, mukosa bibir basah, turgor kulit baik; Neurologis: riwayat kejang, Pada saat pengkajian GCS E4M6V5 pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan nervus cranial I-XII: normal, Tonus otot baik, Reflex fisiologis kanan kiri +2/+2; kaku kuduk tidak ada. Reflek patologis babinski negatif . Endokrin: klien tidak memiliki riwayat DM, adaptif dengan GDS 113mg/dl; Mode Konsep diri; Pasien ingin sekali sembuh dari kejang ; Mode Fungsi Peran; sehari-hari pasien belajar sebagai mahasiswa. ; Mode Interdependensi; Selama dirawat di RS pasien selalu ditemani keluarga. Untuk biaya rumah sakit ditanggung BPJS; Stimulus fokal: kejang berulang, Stimulus kontekstual: gangguan implus antar neuron; Stimulus residual: riwayat kejang berulang	Risiko kejang, Intoleransi aktivitas, Ansietas, risiko jatuh	Kejang tidak terjadi, manajemen energi, ansietas berkurang, risiko jatuh tidak terjadi	Manajemen kejang, manajemen energi, mobilitas ditempat tidur, edukasi pencegahan kejang, pencegahan risiko jatuh	Pasien sudah adaptif dengan kejang berulang tidak terjadi, pasien tampak lebih tenang dan paham cara mencegah kejang berulang, aktivitas ditempat tidur, dan kejadian jatuh tidak terjadi


	<i>Pelvic Stability Training</i>		
	NO.DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PROSEDUR TETAP	TGL TERBIT	Ditetapkan oleh ;	
PENGERTIAN	<i>pelvic stability training</i> merupakan protokol latihan yang dirancang berdasarkan neurofisiologis dan aspek biomekanik stabilitas panggul. Selektivitas otot dan ko-kontraksi otot-otot pinggul bagian bawah dan proksimal dicapai melalui pelatihan dan diperkuat melalui panduan terapi dan strategi iradiasi dalam posisi berbaring, duduk dan berdiri		
TUJUAN	meningkatkan kontrol pergerakan, kekuatan otot panggul, kecepatan berjalan, dan ADL melalui kestabilan keseimbangan panggul		
PERSIAPAN KLIEN	<ol style="list-style-type: none">1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien secara cermat2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien3. Beri privasi kepada klien4. Atur posisi klien sehingga merasa aman dan nyaman		
PERSIAPAN ALAT	Baki beralas berisi: <ol style="list-style-type: none">1. Bola latihan		
PROSEDUR	CARA BEKERJA: <ol style="list-style-type: none">1. Beri tahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai2. Tinggikan tempat tidursampai ketinggian kerja yang nyaman3. Periksa alat-alat yang akan digunakan dekatkan alat-alat ke sisi tempat tidur klien4. Posisikan klien senyaman mungkin5. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan,ikuti langka-langkah seperti gambar dibawah ini.6. Latihan 1 : dengan posisi terlentang, posisikan kaki menyilang diatas kaki satunya kemudian angkat panggul dan ditahan selama 5 detik, lakukan gerakan ini dimulai dari sebelah ekstermitas yang normal kemudian ke ekstermitas yang mengalami kelemahan.7. Latihan 2: dengan posisi terlentang, tekuk kedua kaki, setelah itu ambil bola latihan letakkan di atas salah satu kaki dan gerakkan ke aah medial-lateral, anterior posterior secara bergantian dimulai dari dari sebelah ekstermitas yang normal kemudian ke ekstermitas yang mengalami kelemahan.8. Latihan 3 : posisikan pasien miring kiri atau kanan, terapis berada disebelah pasiendengan pasien menghadap ke terpi, posisikan pinggul dan lutut tertekuk sampai 90 °. Kemudian letakkan tangan dibawah lutut sampai kesiku dengan lengan ditempatkan di tulang rusuk yang lebih rendah dengan tangan pada aspek lateral pelvis yaitu, lebih gluteus medius.dan diperintahkan untuk		

mengangkat kedua lutut bersama menuju langit-langit dan tahan 5 detik lakukan secara bergantian dimulai dari dari sebelah ekstermitas yang normal kemudian ke ekstermitas yang mengalami kelemahan.

9. Latihan 4 : dengan posisi yang sama pada latihan 3 Terapis satu tangan diatas otot gluteus maximus dan tangan lainnya diletakkan di sekitar lutut.kemudian diperintahkan untuk memperpanjang pinggul isometrically
10. Langkah 5 : Pasien berbaring di paling terlibat sisi dengan kedua pinggul dan lutut tertekuk sampai 90 °. Therapist tempat tangan pada distal 1/3 dari aspek lateral paha yaitu, di atas kondilus femoral lateral dan sisi lain menstabilkan panggul pasien.

Appendix 1

Pelvic stability training exercises	Techniques of exercise performance
	Pelvic bridge: Person with stroke is in crook lying position with least involved leg crossing over the most involved leg. She is then instructed to lift the pelvis off the plinth and hold it 5 seconds, but not allowing the lumbar spine to hyperextend. This exercise targets the hip extensor and the lower trunk oblique abdominals. The exercise was progressed to pelvic sway while maintain the dynamic bridge position.
	Unilateral pelvic bridge with postural sway: Pelvic bridge on the plinth as the starting position, the person's most affected leg is placed on a Swiss ball. While maintaining the pelvic bridge on the weight bearing extremity, he was then instructed to stabilize the moving ball below the most involved leg. Also, the dynamic co-activity of lower trunk and hip muscles are retrained by moving the physio ball medio-laterally and antero-posteriorly.
	Lower trunk and pelvic rotation stability: Person with stroke is lying on the least involved side with hips and knees flexed to 90°. Therapist stands facing her with the lower extremities supported around the arm. The other arm is placed at the lower rib cage with hand at lateral aspect of pelvis i.e., over gluteus medius. She was instructed to lift both knees together towards the ceiling and hold 5 seconds that activates the external and internal oblique abdominal muscles bilaterally.
	Tri-phasic activity of hip extensor and flexor: Person with stroke is lying on least involved side, with bottom leg's hip and knee flexed to 90°. The top hip is extended; knee is flexed to 90° and the foot resting on therapist's hip/pelvis. Therapist's one hand is kept at gluteus maximus muscle and other hand is placed around the knee. She is then instructed to extend the hip isometrically in the inner range followed by isotonic contraction of hip flexors from outer to inner range.
	Clamp shell exercise for gluteus medius: Patient is lying on the most involved side with both hips and knees flexed to 90°. Therapist places the hand at the distal 1/3 of the lateral aspect of thigh i.e., above lateral femoral condyle and the other hand stabilizing the patient's pelvis. She is instructed to abduct the top hip against the therapist's manual resistance while keeping both knees flexed. Irradiation of hip abductors on least involved side overflows to gluteus medius of most involved side.

	<div data-bbox="582 226 1399 835">  <p>Hip abductor and adductor strength training: Strengthening of hip abductors and adductors are trained using movement ergonomic machine. Hip abductors being the tonic and adductors being the phasic muscle groups, they are practiced with isometric and isotonic contraction of progressive resistance training, respectively. The contraction of these muscles overflows to lower trunk oblique abdominals and gluteus maximus resulting dynamic pelvic stability.</p> <p>Dynamic pelvic stability in sitting: While seated on an unstable support surface and feet kept on another therapad, the patient is instructed to reach forwards, sideways and diagonal directions. These movements are encouraged in keeping the trunk erect with anteriorly tilted pelvis where the dynamic stability of pelvis is controlled by the coactivity of gluteus maximus, lower trunk oblique abdominal and quadratus lumborum muscles.</p> <p>Dynamic pelvic stability in standing: While in walk standing and step standing positions, the dynamic weight shifts between feet are training by forward and diagonal reach-outs. Therapist's one hand activates the gluteus maximus and medius muscles whereas another hand activates the lower abdominal muscles so as to allow posterior tilt and dynamic stability of pelvis during weight transfer and reach-outs. The exercises are then practiced by changing the positions of most and least involved lower extremities.</p> </div> <p style="text-align: center;">Annexure 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Rapikan klien ke posisi semula 12. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai 13. Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan melepas sarung tangan 14. Buka kembali tirai atau pintu dan jendela 15. Kaji respon klien 16. Berikan reinforcement positif pada klien 17. Buat kontrak pertemuan selanjutnya 18. Akhiri kegiatan dengan baik 19. Cuci tangan
HASIL	Dokumentasi nama tindakan/tanggal/jam/tindakan, hasil yang diperoleh, repon klien selama tindakan, nama dan paraf perawat pelaksana
HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hentikan pergerakan apabila terdapat nyeri 2. Catat adanya ketidaknyamanan (nyeri, kelelahan), kontraktur, kekuatan otot dan adanya atrofi

KUESIONER PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENCEGAHAN PASIEN JATUH

Petunjuk pengisian:

Bacalah dengan seksama pertanyaan yang ada pada kolom sebelah kiri, kemudian pilihlah salah satu alternative jawaban benar atau salah pada kolom sebelah kanan dengan memberikan tanda checklist (√) sesuai dengan pengetahuan Bapak/Ibu

NO	Pertanyaan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan lebih aman hanya bagi pasien				
2	Keselamatan pasien adalah tugas dan tanggung jawab dokter dan perawat				
3	Setiap keluhan dan perubahan kondisi pasien adalah hal biasa sehingga tidak perlu didokumentasikan				
4	Kejadian tidak diharapkan dicatat pada formulir pelaporan kejadian tak diharapkan secara berkala				
5	Sebelum menyuntikkan obat kepada pasien, hanya diteliti kembali dosis obat, cara pemberian, waktu pemberian, dan nama pasien sebelum menyuntik pasien				
6	Pendokumentasian keselamatan pasien secara lengkap tidak diperlukan pada pasien selamat				

7	Pasien yang tidak kooperatif atau yang memerlukan pendampingan keluarga, penggunaan pengaman tempat tidur jarang diperlukan				
8	Sebelum memasang infus dan kontak dengan pasien, kadang perlu cuci tangan walaupun telah memakai sarung tangan				
9	Rumah sakit wajib mengadakan pendidikan dan pelatihan hanya untuk meningkatkan kompetensi staf di ruangan dalam rangka pelayanan kepada pasien yang lebih aman				
10	Jatuh merupakan suatu kejadian yang menyebabkan subjek berada di permukaan tanah tanpa sengaja				
11	Penyebab jatuh berbeda-beda, tidak tergantung pada kondisi pasien				
12	Perawat tidak harus memahami faktor risiko jatuh terkait dengan gangguan pada sistem tubuh				
13	Gangguan muskuloskeletal merupakan penyebab jatuh pada lansia dari pada dewasa dan anak				
14	Faktor instrinsik berhubungan dengan kondisi pasien yang mencakup keadaan fisik				
15	Obat-obat sering menjadi penyebab pasien untuk jatuh				
16	Faktor ekstrinsik berhubungan dengan lingkungan fisik pasien				

17	Terlalu lama berbaring merupakan faktor ekstrinsik penyebab pasien jatuh				
18	Lamanya hari perawatan dan komunikasi merupakan parameter untuk meminimalkan risiko pasien jatuh				
19	Pengkajian fisik dan lingkungan merupakan mencari faktor risiko penyebab jatuh				
20	Perawat perlu mengevaluasi keseimbangan badan pasien				
21	Rumah sakit mempunyai acuan standar pelayanan keperawatan untuk pencegahan risiko jatuh				
22	Perawat perlu melakukan intervensi pencegahan pasien jatuh pada pasien rawat inap				

Sumber:

1. Purba, Idham M dan Novitasarie, Enny. (2013). Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Pencegahan Risiko Jatuh di Ruang Rawat Inap Umum Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis. UI: Skripsi.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Utamakan Keselamatan Pasien Edisi 2. Jakarta: Depkes RI.

OUTLINE MATERI VIDEO EDUKASI PENCEGAHAN JATUH UNTUK PASIEN DAN KELUARGA

Judul : Pencegahan Risiko Jatuh

Sesi 1 : Pendahuluan dan fisiologi Jatuh

Tujuan: Peserta dapat memahami proses fisiologi terjadinya jatuh

Waktu : 1 menit

Narasi dan ilustrasi:

(Rekaman suara dubbing)

Sehat dan sakit merupakan dua bagian yang ada pada setiap manusia. Dengan terpapar penyakit, maka seseorang diharuskan untuk beristirahat, berbaring di tempat tidur dan membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya setiap hari. Kondisi sakit juga tidak terlepas dari suatu kondisi ketidakberdayaan atau ketidakmampuan seseorang dalam melakukan pergerakan; baik duduk, berdiri, ataupun berjalan. Semua kondisi tersebut dapat mengakibatkan kejadian jatuh. (Gambar: Pasien terbaring di tempat tidur RS, pasien terpasang infus dan oksigen) (Gambar: shoot video perawat dlm menjelaskan pengantar diatas).

Kondisi jatuh bisa terjadi karena kerusakan saraf yang membantu otot untuk bergerak, sehingga otot tidak bisa bergerak atau mengalami kelemahan, misalnya pasien dengan penyakit stroke (gambar pasien hemiparese). Adanya kondisi fisik yang lemah akibat penyakit lain yang diderita juga dapat berkontribusi terhadap kejadian jatuh, seperti pada penyakit jantung (misal :gambar orang sakit jantung), penyakit paru-paru (misal :gambar orang sakit TB, corona), dan penyakit diabetes atau kencing manis (misal gambar pasien dengan gangren). (Gambar: Pasien stroke, pasien jantung, pasien penyakit paru-paru, pasien penyakit DM).

Selain penyakit yang diderita, kondisi lingkungan yang tidak mendukung (contohnya lantai licin, tidak ada penyangga, tidak terdapatnya pegangan di dinding kamar atau kamar mandi) dan konsumsi obat penenang juga bisa membuat pasien berisiko terjadinya jatuh. Sehingga, pencegahan kejadian jatuh sangatlah penting dilakukan. (Gambar: Lantai licin, tidak ada penyangga, tidak terdapatnya pegangan di dinding kamar atau kamar mandi, obat penenang)

Sesi 2 : Faktor risiko jatuh

Tujuan : Peserta dapat memahami faktor risiko jatuh

Waktu : 2 menit

Narasi dan ilustrasi:

Ada beberapa faktor risiko yang bisa menyebabkan pasien jatuh, antara lain :

(Rekaman suara dubbing)

1) Kelemahan

Kelemahan yang terjadi, terutama pada otot-otot kaki dapat menyebabkan kegagalan pasien dalam mempertahankan fleksibilitas dan daya tahannya sendiri ketika bergerak atau berdiri.

(Gambar: Pasien dengan kelemahan ekstremitas bawah duduk di sisi tempat tidur, kemudian mencoba berdiri dari bed, namun gagal dan terduduk kembali di tempat tidur)

2) Faktor Keseimbangan

Jika seseorang memiliki keseimbangan yang kurang baik maka resiko untuk jatuh akan semakin besar. Masalah keseimbangan biasanya bisa ditemukan pada pasien dengan gangguan saraf, arthritis (radang sendi), dan jenis pengobatan tertentu.

(Gambar: Pasien berjalan bersama perawat kemudian karena ada gangguan keseimbangan, pasien akan terjatuh dan dipegang oleh perawat)

3) Hipotensi postural

Hipotensi postural merupakan kondisi dimana terjadi penurunan tekanan darah secara tiba-tiba ketika pasien berpindah posisi dari duduk atau berbaring ke posisi berdiri.

Kondisi ini biasanya terjadi pada pasien dengan kekurangan cairan, penyakit kencing manis, infeksi, atau masalah persarafan seperti penyakit Parkinson. Pasien dengan hipotensi postural akan mengalami pusing ketika berdiri sebagai akibat penurunan tekanan darahnya yang tiba-tiba sehingga akan beresiko untuk jatuh.

(Gambar: berdiri dari tempat tidur di RS kemudian merasa pusing)

4) Refleks yang Berkurang

Faktor ini biasanya banyak ditemui pada pasien lanjut usia, dimana refleks seseorang yang sudah lanjut usia akan menurun dibanding usia-usia sebelumnya sehingga akan sulit menyeimbangkan dirinya ketika akan jatuh.

(Gambar: Pasien lansia)

5) Pemakaian Alas Kaki yang Kurang Tepat

Penggunaan alas kaki yang licin atau terlalu tinggi ketika berjalan juga bisa menyebabkan seseorang atau pasien jatuh.

(Gambar: Pasien berjalan menggunakan sandal licin dan akan terjatuh)

(Gambar: contoh alas kaki yg tipis, licin, atau trll tinggi)

6) Gangguan Sensasi Perabaan dan Penglihatan

Pasien dengan gangguan sensasi raba (misalnya keluhan kesemutan, terasa tebal pada kedua kaki) dan pasien dengan gangguan penglihatan sangat beresiko jatuh sehingga harus lebih berhati-hati dan sadar dengan lingkungannya.

(Gambar: Pasien gangguan penglihatan)

7) Pengaruh Obat-Obatan

Penggunaan obat-obatan kadang memiliki bermacam efek samping yang bisa menjadi faktor penyebab pasien jatuh. Pasien yang mengonsumsi obat dengan efek samping pusing atau bingung harus berhati-hati karena akan beresiko untuk jatuh.

(Gambar: Obat-obatan penenang)

(Gambar: langsung contoh obatnya, misalnya: diazepam)

8) Lingkungan sekitar

Ada beberapa kondisi lingkungan yang bisa mengakibatkan terjadinya jatuh pada pasien, antara lain; kurangnya pegangan pada tangga, kurangnya pegangan pada kamar mandi, penerangan yang terlalu redup atau terlalu silau, adanya benda-benda yang berpotensi menghambat atau menyebabkan tersandung, kondisi permukaan atau lantai yang licin dan tidak rata, dan penggunaan alat bantu berjalan yang kurang tepat.

(Gambar: pegangan tangga, pegangan kamar mandi, penerangan redup, barang-barang milik pasien berserakan di lantai, lantai licin, alat bantu berjalan)

Sesi 3 : Peran keluarga dalam pencegahan pasien jatuh

Tujuan: Orientasi keluarga akan perannya dalam mencegah kejadian jatuh

Waktu: 30 detik

(Rekaman suara dubbing)

Keluarga merupakan dukungan terdekat selama pasien sakit. Keluarga berperan dalam mendukung program pencegahan pasien jatuh yang ada di rumah sakit. Peran keluarga adalah memberikan dukungan fisik, dukungan psikologis, dan berkomunikasi dengan dokter dan perawat mengenai perawatan pasien. Dalam mencegah kejadian jatuh, keluarga berperan dalam mendukung perawat untuk melakukan observasi secara konstan pada pasien yang memiliki risiko tinggi jatuh. Selain itu, keluarga dapat mendukung perawat saat pasien bergerak atau berpindah.

(Gambar: Keluarga duduk di samping bed pasien, menunjukkan perhatian pada pasien.

Keluarga berkomunikasi dengan perawat di samping bed pasien)

Sesi 4: Hal-hal dan langkah-langkah yang harus diperhatikan dalam mencegah dan mengantisipasi jatuh bagi pasien dan keluarga

Tujuan : Peserta dapat memahami langkah-langkah pencegahan jatuh

Waktu : 3 menit

Narasi dan ilustrasi:

(Gunakan bahasa gaul yang mudah dimengerti oleh pasien dan keluarga)

Lantas apa yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian pasien jatuh?

Ada beberapa hal yang harus dilakukan untuk mencegah kejadian jatuh pada pasien, antara lain :

1. Kenali lingkungan sekitar perawatan, seperti letak bell dan saklar listrik
(Gambar: Perawat menunjukkan bel, saklar listrik, dan letak kamar mandi)
2. Dekatkan alat yang dibutuhkan pasien, seperti kursi roda dan alat bantu lainnya
(Gambar: Keluarga mendekatkan alat bantu berjalan ke bed pasien dan minuman di meja pasien)
3. Jaga lantai tetap kering dan tidak licin
(Gambar: Lantai basah, keluarga memberitahu pada CS kemudian CS mengeringkan lantai)
4. Pasang penghalang tempat tidur dan pastikan roda terkunci
(Gambar: Keluarga menaikkan penghalang tempat tidur dan memeriksa roda tempat tidur/ memastikan terkunci)
5. Minta bantuan perawat atau keluarga apabila akan turun dari tempat tidur
(Gambar: Keluarga memanggil perawat dan berkomunikasi)
6. Gunakan alas kaki yang tidak licin
(Gambar: Sandal yang kering dengan alas karet)
7. Pastikan pencahayaan ruangan cukup
(Gambar: Keluarga menyalakan saklar lampu pada bed pasien)
8. Hubungi dan tanyakan kepada perawat untuk informasi lebih lanjut berkaitan dengan cara pencegahan jatuh.
(Gambar: Nurse station)
9. Pada kondisi tidak bisa mengontrol berkemih, minta bantuan perawat atau keluarga dengan mendekatkan wadah urine (pispot) yang disediakan dari rumah sakit dan melakukan buang air kecil ditempat tidur untuk mencegah jatuh karena sering ke kamar mandi untuk berkemih. Apabila memungkinkan untuk ke kamar mandi harus ada keluarga atau perawat yang membantu dan pastikan di kamar mandi juga terdapat pegangan yang

aman untuk pasien, pencahayaan yang cukup, dan pastikan lantai tidak licin. Apabila tidak memungkinkan ke kamar mandi karena kondisi penyakitnya bisa disarankan menggunakan wadah urine (pispot), pampers ataupun pemasangan selang kencing oleh petugas kesehatan sesuai dengan kondisi pasien. Hal ini dalam rangka mencegah terjadinya jatuh dan cedera.

(Gambar: Keluarga mendekatkan pispot ke bed pasien. Keluarga mendampingi pasien ke kamar mandi)

Sesi 5 : Penutup

Tujuan : Peserta menanamkan keyakinan terhindar dari jatuh

Waktu : 30 detik

Narasi dan ilustrasi:

Demikianlah edukasi tentang pencegahan risiko jatuh, Semoga kita senantiasa dalam kondisi aman dan terhindar dari jatuh.

(Rekaman dubbing)

(Gambar: berikan gambar pasien neurologi/lansia yang sehat, bugar, dan mendapatkan kualitas hidup yang optimal).