

**STUDI DESKRIPTIF MASALAH KEAMANAN DAN KESELAMATAN
PADA ASUHAN KEPERAWATAN GERIATRI PASCA STROKE
DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir Untuk Memenuhi Sebagian
Persyaratan Menyelesaikan Program Studi Diploma III
Keperawatan

Disusun Oleh:

Dimas Gentur Santoso Nugroho

D3A2022.022

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2025

STUDI DESKRIPTIF MASALAH KEAMANAN DAN KESELAMATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN GERIATRI PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Dimas Gentur Santoso Nugroho¹, Diyono², Dewi Kristiana³

¹Program Studi D-3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Korespondensi : dimasgentur09@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: keselamatan (*safety*) yaitu suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari segala bentuk ancaman atau bahaya. sedangkan keamanan (*security*) yaitu keadaan aman dan tenteram, bebas dari ancaman atau penyakit. stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang melibatkan pembuluh darah dari sistem saraf pusat. biasanya terjadi secara tiba-tiba karena pecahnya arteri serebral, perdarahan, atau oklusi oleh trombus atau partikel lain, yang menyebabkan iskemia dan otak fokal disfungsi. segera, sel-sel saraf yang kehabisan oksigen di wilayah pembuluh darah yang terlibat akan terganggu secara fungsional dan mati jika sirkulasi tidak segera diperbaiki

Tujuan: mengidentifikasi dan menganalisis masalah keamanan dan keselamatan yang dihadapi oleh lansia pasca stroke dalam konteks asuhan keperawatan

Metode: penelitian ini menggunakan metode studi deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subjek adalah seorang pasien geriatri pasca stroke yang menjalani perawatan di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, penilaian resiko jatuh morsel dan dokumentasi medis pasien.

Hasil: (a) Identifikasi masalah keamanan dan keselamatan pada pasien geriatri pasca stroke adalah resiko jatuh, (b) Terdapat dua faktor resiko jatuh yang ditemukan yaitu intrinsik antara lain pasien memiliki riwayat stroke sudah satu bulan, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025, pasien berusia 68 tahun, hasil TTV : TD 175/82 mmHg, N: 84X/menit, RR: 20x/ menit, Suhu 36.4°C, terpasang infus, sedangkan faktor ekstrinsik antara lain pasien kurang mengenali lingkungan sekitar, penggunaan alat bantu. (c) Peran keluarga dalam perawatan pada pasien geriatri pasca stroke adalah sebagai dukungan dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan informasi bagi pasien agar kondisi pasien lekas,

Kesimpulan: bagi pasien geriatri pasca stroke penting untuk menjaga keamanan dari resiko jatuh agar kejadian jatuh tidak terjadi, peran mendampingi serta dukungan keluarga penting dalam proses pemulihan kondisi pasien pasca stroke

Kata Kunci: *keamanan dan keselamatan, stroke*

DESCRIPTIVE STUDY OF SAFETY AND SECURITY ISSUES IN POST-STROKE GERIATRIC NURSING CARE AT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO HOSPITAL

Dimas Gentur Santoso Nugroho¹, Diyono², Dewi Kristiana³

¹Nursing Study program Panti Kosala Health Science College²

Panti Kosala College of Health Sciences

Correspondence : dimasgentur09@gmail.com

ABSTRACT

Background: safety refers to a condition in which individuals are protected from various forms of threats or dangers, while security denotes a state of being safe and free from threats or diseases. Stroke is a cerebrovascular disease involving the blood vessels of the central nervous system, typically occurring suddenly due to cerebral artery rupture, hemorrhage, or occlusion by a thrombus or other particles, leading to ischemia and focal brain dysfunction. Without prompt restoration of circulation, nerve cells deprived of oxygen in the affected vascular area will become functionally impaired and may die.

Objective: to identify and analyze safety and security issues faced by elderly post-stroke patients within the context of nursing care.

Method: this study employed a descriptive case study approach. The subject was a geriatric post-stroke patient receiving care at Dr. Oen Kandang Sapi Solo Hospital. Data were collected through interviews, observations, physical examinations, Morse fall risk assessments, and review of the patient's medical records.

Result: (a) The primary safety and security issue identified in this geriatric post-stroke patient was the risk of falling. (b) Two categories of fall risk factors were observed: Intrinsic factors: one-month history of stroke, a previous fall in the bathroom on January 24, 2025, age 68 years, vital signs (blood pressure 175/82 mmHg; pulse 84 bpm; respiratory rate 20 breaths/min; temperature 36.4 °c, and the presence of an intravenous line. Extrinsic factors: limited familiarity with the surrounding environment and use of assistive devices.

(c) The family's role in caring for this patient included providing instrumental support, appreciation support, emotional support, and informational support to promote a prompt recovery.

Conclusion: For geriatric post-stroke patients, maintaining safety measures to mitigate fall risks is essential to prevent falls. Family involvement and support are crucial components of the post-stroke recovery process.

Keyword: *safety and security, stroke*

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada sidang karya tulis ilmiah pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA

Disetujui pada tanggal : Mei 2025

Pembimbing

Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes.

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dimas Gentur Santoso Nugroho

NIM : D3A2022.022

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul “**Studi Deskriptif Masalah Keamanan Dan Keselamatan Pada Asuhan Keperawatan Geriatri Pasca Stroke di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO**” adalah benar benar karya tulis saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya tulis saya dalam laporan karya tulis ilmiah ini diberi tanda cikasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan.

Sukoharjo, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Dimas Gentur Santoso Nugroho

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“STUDI DESKRIPTIF MASALAH KEAMANAN DAN KESELAMATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN GERIATRI PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO”**. Karya tulis ilmiah ini dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan mata kuliah Karya Tulis Ilmiah Keperawatan di STIKES PANTI KOSALA Tahun 2025. Penulisan karya tulis ilmiah ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Ratna Indriati, A., M.Kes., selaku Direktur Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.
2. dr. Andi Wibawanto, MPH, FISQua, selaku Direktur RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI
3. Bapak Budi Kristanto, S. Kep., Ns.,M. Kep, selaku Kepala Prodi Program Studi Diploma III Keperawatan.
4. Bapak Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan serta memberikan masukan-masukan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini hingga selesai.
5. Keluarga yang telah memberikan motivasi sehingga pembuatan karya tulis ilmiah ini dapat selesai.
6. Semua teman-teman yang telah bersedia membantu dalam penulisan karya tulis ilmiah ini dan saling bertukar informasi.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan ini di masa yang akan datang. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Dimas Gentur Santoso Nugroho

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penulisan.....	5
D. Manfaat Penulisan	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan	8
B. Konsep Penyakit Stroke	36
C. Konsep Geriatri.....	49
BAB III. METODE PENULISAN	
A. Desain Penulisan	56
B. Subyek Penulisan.....	56
C. Fokus Penulisan	57
D. Definisi Operasional	57
E. Instrumen Pengumpulan Data	57
F. Metode Pengumpulan Data	57
G. Analisa Data	57
H. Tempat dan Waktu	58
I. Ruang Lingkup	59
BAB IV RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Resume Kasus	60
B. Pembahasan	82

BAB V	PENUTUP	
A.	Kesimpulan	92
B.	Saran.....	93
DAFTAR PUSTAKA		95
LAMPIRAN		

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Asuhan Keperawatan

Lampiran 2

Lembar Rekomendasi

Lampiran 3

Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah penyakit yang mengancam jiwa karena apabila terjadi serangan stroke, setiap menit sebanyak 1,9 juta sel otak dapat mati. Stroke merupakan penyebab utama disabilitas dan kematian nomor dua di dunia. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian (Kemenkes RI, 2024). Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke juga merupakan salah satu penyakit katastrofik dengan pembiayaan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu mencapai Rp5,2 triliun pada 2023 (Kemenkes RI, 2024).

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang melibatkan pembuluh darah dari sistem saraf pusat. Biasanya terjadi secara tiba-tiba karena pecahnya arteri serebral, perdarahan, atau oklusi oleh trombus atau partikel lain, yang menyebabkan iskemia dan otak fokal disfungsi. Segera, sel-sel saraf yang kehabisan oksigen di wilayah pembuluh darah yang terlibat akan terganggu secara fungsional dan mati jika sirkulasi tidak segera diperbaiki (Martini,. et al., 2024).

Stroke pada umumnya dapat terjadi pada semua kelompok umur, tetapi tiga perempat dari kejadian stroke terjadi pada orang yang sudah berumur 60 tahun atau lebih (lansia) dan berakibat pada timbulnya

disabilitas atau kecacatan. Insiden stroke meningkat seiring dengan peningkatan usia seseorang, bahkan insiden akan semakin bertambah bila mempunyai salah satu faktor risiko seperti hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia, dan penyakit jantung. Penyakit ini dapat menyerang segala usia dan menimbulkan dampak baik fisik maupun psikologis (Utami., et al., 2024).

Pasien pasca stroke mengalami gangguan fisik yang bervariasi, tergantung bagian otak yang terkena. Pasien stroke kemungkinan akan mengalami kelumpuhan separo badan, sulit untuk berbicara dengan orang lain (aphasia), mulut mencong (facial drop), lengan dan kaki yang lemah, gangguan koordinasi tubuh, perubahan mental, gangguan emosional, gangguan komunikasi, serta kehilangan indera rasa. Kecacatan fisik yang diakibatkan oleh stroke akan mempengaruhi kondisi emosional pasien. Pasien seringkali merasa tidak percaya diri, tidak berguna, tidak dapat menerima kenyataan, mudah tersinggung, mudah bersedih, dan cepat marah (Utami., et al., 2024).

Penelitian yang dilakukan oleh Abdu., et al, (2022), menyimpulkan bahwa pasien berusia di atas 55 tahun lebih berisiko terkena serangan stroke. Perubahan terkait usia, seperti perubahan vaskular secara umum termasuk kondisi pembuluh darah otak yang tidak elastis dan adanya plak di arteri otak yang berlangsung selama bertahun-tahun. Ketidakmampuan fungsional yang diakibatkan oleh stroke secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca menderita penyakit stroke. Pasien pasca stroke pada kelompok lansia memiliki

permasalahan yang kompleks. Penurunan struktur dan fungsi organ tubuh yang terjadi pada lansia ditambah dengan kondisi kronik seperti kecacatan yang dialami oleh lansia pasca terkena serangan stroke membuat lansia sangat bergantung pada keluarganya dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari, hal ini dapat membuat pasien merasa menjadi beban dan tidak berdaya yang kemudian membuat pasien menjadi pasrah dengan keadaan yang dialami sehingga dapat menurunkan kualitas hidupnya.

Penelitian lain adalah “Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Stroke Pada Lansia” oleh Septafani., & Komariyah., (2025) dengan hasil dari 77 keluarga lansia hampir setengahnya berusia 34 - 40 tahun yaitu sejumlah 37 keluarga lansia (48%), sebagian besar yaitu memiliki jenis kelamin laki – laki sebanyak 39 keluarga lansia (51%), sebagian besar yaitu memiliki pendidikan terakhir SMA sebanyak 32 keluarga lansia (42%), sebagian besar yaitu memiliki pekerjaan sebagai petani sebanyak 21 keluarga lansia (27%), sebagian besar belum mengetahui informasi sebanyak 47 keluarga lansia (61%). Dengan kesimpulan sebagian besar keluarga lansia memiliki tingkat pengetahuan yang kurang. Sebanyak 52 keluarga lansia (68%) menunjukkan tingkat pengetahuan yang kurang, sementara 15 keluarga lansia (19%) memiliki tingkat pengetahuan yang baik, dan 10 keluarga lansia (13%) berada pada tingkat pengetahuan yang cukup. Secara keseluruhan, sebagian besar 52 keluarga lansia (68%) menunjukkan bahwa pengetahuan mereka masih tergolong kurang.

Penelitian lain adalah “Pengalaman Keluarga dalam Merawat Lansia Pasca Stroke di Indramayu” oleh Kuswiranto (2022), dengan hasil dan kesimpulan merawat pasien pasca stroke bukan merupakan hal yang mudah, karena beban dirasakan keluarga selain beban fisik dan mental juga finansial. Apabila pasien tidak dirawat dengan baik maka dampak yang dirasakan kurang baik tidak hanya dirasakan pasien pasca stroke sendiri akan tetapi keluarga yang merawat pasien terkena dampaknya baik fisik, psikologis dan finansial. Kondisi stroke pasien juga mempengaruhi keberhasilan perawatan, kondisi pasien dengan stroke berat dan ketergantungan total akan perawatan keluarga maka beban yang dirasakan keluarga semakin tinggi dan permasalahan pun semakin banyak dirasakan pasien. Apabila kondisi stroke ringan maka beban keluarga tidak terlalu dirasakan. Hampir semua keluarga merasakan kesulitan dalam merawat anggota keluarga pasca stroke, akan tetapi mereka berupaya merawat dengan semaksimal mungkin dalam merawat maupun mengatasi permasalahan psikologis nya sendiri. Merawat pasien merupakan perjalanan panjang yang dialami keluarga, sehingga dibutuhkan support keluarga lainnya lingkungan dan kita sebagai perawat keluarga dan lansia memahami hal tersebut sehingga dapat memebrikan pemahaman dan melakukan upaya untuk mengatasi permasalahan yang dialami pasien dan keluarga.

Berdasarkan pengalaman penulis dalam merawat pasien stroke, banyak pasien dan keluarga belum menyadari tingginya risiko jatuh yang muncul begitu serangan stroke mereda. Kelumpuhan motorik residual,

gangguan keseimbangan, serta kekakuan sendi sering kali membuat lansia terjatuh saat berdiri atau berjalan baik di rumah maupun di ruang perawatan tanpa pengawasan yang memadai. Padahal jatuh pada pasien pasca stroke dapat berujung pada cedera serius seperti fraktur lengan atau panggul, perdarahan intrakranial, bahkan luka dekubitus baru akibat imobilisasi setelah jatuh. Ironisnya, pencegahan sederhana seperti pemasangan pegangan di kamar mandi, pelatihan berdiri-duduk bersama fisioterapis, atau penggunaan alat bantu jalan sering diabaikan oleh pasien, keluarga, dan kadang tenaga kesehatan, sehingga kejadian jatuh berulang kali memperburuk prognosis, memperpanjang masa pemulihan, dan meningkatkan beban biaya perawatan.

Berdasarkan uraian di atas penulis menjadikan masalah keamanan dan keselamatan pasien geriatri pasca stroke pada asuhan keperawatan geriatri pasca stroke sebagai fokus bahasan dalam laporan Karya Tulis Ilmiah ini

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah: "Bagaimana gambaran masalah keamanan dan keselamatan pada asuhan keperawatan geriatri pasca stroke?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis masalah keamanan dan keselamatan yang dihadapi

oleh lansia pasca stroke dalam konteks asuhan keperawatan geriatri, serta memberikan rekomendasi intervensi yang efektif pada gangguan keamanan dan keselamatan.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendeskripsikan masalah keamanan dan keselamatan yang dihadapi oleh lansia pasca stroke antara lain:

- a. Mengidentifikasi masalah keamanan dan keselamatan pada pasien geriatri pasca stroke
- b. Menganalisis faktor risiko masalah keamanan dan keselamatan pada pasien geriatri pasca stroke
- c. Menilai peran keluarga dalam perawatan pada pasien geriatri pasca stroke

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat mengembangkan dan menambah pengetahuan yang telah ada tentang masalah keamanan dan keselamatan pada pasien geriatrik pasca stroke

2. Secara Praktis

- a. Bagi institusi pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menambah referensi dan dapat digunakan untuk mengembangkan program edukasi dan intervensi yang efektif untuk mencegah dan menanggulangi

masalah keamanan dan keselamatan pada pasien geriatri pasca stroke di masyarakat.

b. Bagi rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan oleh rumah sakit untuk meningkatkan program edukasi dan promosi kesehatan tentang meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, khususnya dalam aspek keamanan dan keselamatan pasien pasca stroke.

c. Bagi masyarakat

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan memberikan informasi yang berguna dalam mendukung perawatan lansia pasca stroke di rumah, sehingga dapat mencegah terjadinya cedera dan komplikasi lainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

1. Pengertian

Keselamatan (*safety*) yaitu suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari segala bentuk ancaman atau bahaya. Sedangkan keamanan (*security*) yaitu keadaan aman dan tenteram, bebas dari ancaman atau penyakit. Keselamatan dan keamanan merupakan suatu kesatuan yang saling berhubungan (Wardani., et al. 2023).

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya) (Rohayati,. 2021).

2. Anatomi Fisiologi

Menurut Hasan., et al. (2023) sistem tubuh yang berperan dalam dalam pemenuhan kebutuhan keamanan dan keselamatan adalah sistem persarafan, dengan anatomi fisiologi sebagai berikut:

a. Pembagian sistem saraf

Secara umum sistem saraf dibagi 2 bagian besar:

- 1) Sistem Saraf Pusat (SSP) Terdiri dari otak dan medulla spinalis, dimana pada SSP kumpulan neuron disebut Nukleus.
- 2) Sistem Saraf Perifer (SSPe) Terdiri dari banyak jaringan saraf dan saraf otak yang menghubungkan tubuh ke otak dan medulla spinalis. Kumpulan neuron di sistem saraf perier, disebut ganglis. SS Perifer dibagi lagi menjadi:
 - a) Sistem saraf otonom (mengontrol tanpa sadar/involuntary dari organ-organ dalam tubuh, pembuluh darah, otot-otot polos dan otot jantung), terdiri dari sistem saraf simpatik dan parasimpatik.
 - b) Sistem saraf somatis (mengontrol secara sadar/voluntary dari kulit, tulang, sendi dan otot rangka).

b. Sistem Saraf Pusat

1) Otak

Otak terletak dalam ruang tertutup oleh kranium, tulang-tulang penyusun kranium disebut tengkorak yang berfungsi melindungi organ-organ vital. Ada Sembilan tulang yang membentuk kranium yaitu tulang frontal, oksipital, sfenoid, etmoid, temporal 2 buah, dan parietal 2 buah.

Otak dilapisi oleh selaput pelindung yang disebut meningen. Selaput bagian luar disebut durometer, keras, berwarna putih, merupakan jaringan pengikat fibrous yang menempel pada tulang tengkorak dan vertebra (tulang belakang).

Selaput otak bagian tengah disebut membran arachnoid, jaringan ikat seperti anyaman yang tipis dan menempel pada selaput otak bagian dalam yang disebut piamater. Piamater merupakan selaput yang sangat tipis dan menempel mengikuti seluruh permukaan otak. Rongga subarachnoid terdapat dibawah membran arachnoid yang berisi cairan cerebrospinal. Cairan cerebrospinal adalah cairan jernih yang berfungsi sebagai bantal pelindung disekitar dan dalam susunan saraf pusat. Cairan ini juga mensuplai zat makanan yang diserap dari darah dan kemudian membawa zat sisa untuk dikeluarkan kembali melalui darah. Otak dibagi dalam 4 bagian yaitu Cerebrum, Cerebellum, Diencephalon (thalamus, hypothalamus), Batang otak (medulla oblongata, pons, otak tengah/midbrain) yang dilanjutkan dengan medulla spinalis sebagai berikut:

a) Cerebrum

Bagian terbesar dari otak yaitu cerebrum (otak besar), terbagi dalam 2 sisi, hemispher cerebri kiri dan kanan yang kedua sisi ini dihubungkan oleh corpus callosum. Fungsinya sebagai pusat untuk menerima informasi sensorik (afferens) dan untuk menyalurkan respons motorik (eferens). Sisi kiri menerima dan mengirim informasi dari dan ke sisi kanan dari tubuh dan sebaliknya. Cerebrum memiliki 4 lobus sebagai berikut:

(1) Lobus Frontal: Mengontrol gerakan-gerakan yang halus/mulus dan indera penciuman. Juga sebagai pusat

untuk berfikir, membuat keputusan dan berbicara (area broca, pada hemister kiri)

- (2) Lobus Parietal: Mengkoordinasikan informasi aferen yang berhubungan dengan nyeri, suhu, bentuk, pola, rupa, tekanan dan posisi. Beberapa fungsi memori juga terdapat disini
- (3) Lobus Temporal: Berperan dalam hal mimpi, daya ingat dan emosi. Juga sebagai pusat fungsi pendengaran
- (4) Lobus Occipital: Berperan dalam fungsi penglihatan

b) Cerebellum

Struktur otak kedua terbesar yaitu cerebellum (otak kecil), terletak dibawah cerebrum (otak besar). Cerebellum terdiri dari dua hemisfer dan bagian korteks abu-abu. Berfungsi menerima atau melanjutkan informasi melalui batang otak. Cerebellum melakukan fungsi utama yang semuanya bertugas mengontrol gerakan otot tulang, yaitu:

- (1) Keseimbangan batang tubuh
- (2) Tegangan otot, refleks-refleks spinal, sikap (postur) dan keseimbangan anggota gerak (lengan, tungkai)
- (3) Mengontrol gerak motorik dan bola mata

c) Diencephalon

Berada diantara cereblum dan otak tengah (midbrain), yang berfungsi sebagai integrasi gerak motorik/otot sadar, integrasi persepsi/sensorik/pikiran/akal dari tubuh, pengatur suhu

tubuh, dan pengatur nafsu makan. Terdiri dari dua bagian penting yaitu:

- (1) Thalamus, daerahnya luas, bilateral (thalamus kiri/kanan), berfungsi sebagai sinaps utama atau pusat relay yaitu menerima atau menyampaikan informasi sensorik ke atau dari korteks cerebri termasuk diantaranya pusat nyeri atau hal-hal menyenangkan
- (2) Hypothalamus, sekumpulan ganglia yang terletak dibawah thalamus dan berhubungan erat dengan fungsi kelenjar hipofise. Beberapa fungsinya antara lain: mengontrol setiap terjadi perubahan suhu tubuh, mengontrol aktivitas otonom dan mengatur sistem saraf simpatik dan parasimpatik, mengontrol kerja kelenjar hipofise/sistem endokrin, mengatur nafsu makan, berhubungan dengan fungsi mekanisme siaga dan emosi serta penyakit psikosomatis

d) Batang otak

Terdiri dari medula oblongata, pons dan midbrain (mesencephalon), mengontrol fungsi kehidupan dasar (fungsi vital). Ketiga bagian ini bagian paling penting merupakan Medula Oblongata (MO), sehingga penyakit atau cedera pada MO akan mempengaruhi fungsi vital tubuh atau dapat berakibat fatal. Semua fungsi batang otak berhubungan

dengan saraf otak III-XII. Secara ringkas fungsi batang otak berhubungan dengan:

- (1) Pernapasan (pons, medulla)
- (2) Denyut jantung
- (3) Tekanan darah (vasokonstriksi)/diameter pembuluh darah (medulla)
- (4) Pusat refleks pada pupil dan gerak mata (midbrain, pons) dan refleks muntah, batuk, bersin, menelan atau tersedak (medulla)

2) Medulla spinalis

Medulla spinalis terletak didalam rongga spinalis, mempunyai dua fungsi utama:

- 1) Merupakan jalur konduksi ke dan dari otak (aferens/eferens)
- 2) Merupakan pusat refleks dari refleks spinal

c. Sistem saraf perifer

Merupakan saraf-saraf selain otak dan medulla spinalis, terdiri dari saraf-saraf yang keluar dari otak atau saraf kranial (12 pasang) dan saraf-saraf yang keluar dari medulla spinalis (31 pasang).

1) Saraf Kranial

Saraf kranial membawa informasi dari organ pengindra ke otak, beberapa mengontrol otot dan yang lain berhubungan dengan kelenjar atau organ dalam tubuh.

2) Saraf Spinal

Sebanyak 31 pasang saraf spinal terdiri dari 8 pasang dari servikal, 12 pasang bagian torakal, 5 pasang sakral dan 1 pasang bagian koksigeal.

3) Sistem saraf otonom

Sistem saraf otonom bekerja secara involunter, yang mensarafi organ-organ bagian dalam untuk mempertahankan keseimbangan lingkungan internal. Sistem saraf otonom dikontrol dari otak dan medulla spinalis melalui mekanisme refleksi. Sistem saraf otonom dibagi dua bagian yaitu saraf simpatik dan parasimpatik yang bekerja secara berlawanan.

3. Klasifikasi

Menurut Rohayati., (2021) klasifikasi kebutuhan keamanan dan keselamatan antara lain:

a. Keselamatan fisik

Mempertahankan keselamatan fisik melibatkan keadaan mengurangi atau mengelurkan ancaman pada tubuh atau kehidupan. Ancaman tersebut mungkin penyakit, kecelakaan, atau bahaya pada lingkungan. Pada saat sakit, seorang klien mungkin rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, oleh karena itu bergantung pada profesional dalam system pelayanan kesehatan untuk perlindungan.

Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologis.

Misalnya, seorang perawat mungkin perlu melindungi klien disorientasi dari kemungkinan jatuh dari tempat tidur sebelum memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

b. Keselamatan psikologis

Untuk selamat dan aman secara psikologi, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal.

Orang dewasa yang sehat secara umum mampu memenuhi kebutuhan keselamatan fisik dan psikologis mereka tanpa bantuan dari profesional pemberi perawatan kesehatan. Bagaimanapun, orang yang sakit atau cacat lebih rentan untuk terancam kesejahteraan fisik dan emosinya, sehingga intervensi yang dilakukan perawat adalah untuk membantu melindungi mereka dari bahaya.

c. Lingkup Kebutuhan Keamanan atau keselamatan

Lingkungan klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien.

4. Faktor yang Berpengaruh

Dibawah ini beberapa faktor yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk melindungi dirinya menurut Wardani., et al (2023) antara lain:

a. Usia

Anak-anak pada umumnya belum mengetahui tingkat bahaya dari suatu lingkungan yang menyebabkan cedera pada mereka. Sedangkan lansia umumnya akan mengalami penurunan sejumlah fungsi organ yang dapat menghambat kemampuan mereka untuk melindungi diri, salah satunya kemampuan persepsi-sensorik.

b. Gangguan persepsi sensorik

Kemampuan persepsi sensorik terhadap stimulus lingkungan merupakan hal yang utama bagi keselamatan individu. Gangguan persepsi (pendengaran, penglihatan, penciuman, sentuhan) berisiko tinggi mengalami cedera.

c. Tingkat kesadaran

Segala bentuk gangguan kesadaran (misalnya pengaruh narkotik, obat penenang, alkohol, kurang tidur, halusinasi) dapat membahayakan keselamatan dan keamanan seseorang. Pada pasien koma, menurunnya respon terhadap rangsangan, paralisis dan disorientasi berpotensi terhadap risiko dekubitus, atropi, infeksi paru-paru dan jatuh.

d. Keadaan Emosi

Emosi yang tidak stabil akan mengubah kemampuan seseorang dalam mempersepsikan bahaya lingkungan. Gangguan emosi seperti kecemasan, depresi, dan marah akan mudah sekali terjadi dan berpengaruh terhadap masalah keselamatan dan keamanan seperti risiko mencederai diri sendiri atau orang lain.

e. Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko cedera atau gangguan integritas kulit.

f. Kemampuan berkomunikasi

Gangguan komunikasi seperti afasia atau tidak dapat membaca menimbulkan kesulitan dalam menerjemahkan pesan dan berisiko mengalami cedera.

g. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan syok anafilaktik.

h. Keadaan imunitas

Gangguan imunitas akan menimbulkan daya tahan tubuh yang kurang sehingga mudah terserang penyakit.

i. Ketidakmampuan tubuh dalam memproduksi sel darah putih

Sel darah putih berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap suatu penyakit dan membentuk antibodi.

j. Status nutrisi

Keadaan nutrisi yang dapat menimbulkan kelemahan dan mudah terserang penyakit, demikian sebaliknya kelebihan nutrisi beresiko

terhadap penyakit tertentu.

k. Tingkat pengetahuan

Informasi tentang keamanan sangat penting guna menurunkan tingkat bahaya lingkungan. Dalam hal ini perawat bertanggung jawab memberikan informasi yang akurat kepada pasien yang berada di rumah sakit.

l. Gaya hidup

Gaya hidup yang menyebabkan individu berisiko tinggi antara lain lingkungan kerja yang tidak aman, lingkungan perumahan di daerah rawan (misalnya sungai, lereng pegunungan, jalan raya), tingkat sosial ekonomi yang rendah, akses yang mudah untuk mendapatkan obat-obatan, dll.

m. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang tidak aman dapat mengancam keselamatan dan keamanan individu. Stimulus lingkungan seperti bunyi yang sangat keras dapat menyebabkan gangguan pada fungsi pendengaran, bahan-bahan berbahaya seperti racun, zat kimia, emisi, logam berat dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan saraf.

5. Jenis Gangguan

Menurut Wardani., et al (2023) macam-macam bahaya atau kecelakaan baik di rumah atau rumah sakit antara lain:

a. Di rumah

Adapun macam-macam bahaya yang mungkin terjadi di

lingkungan rumah diantaranya yaitu tersedak, jatuh, tertelan alat-alat rumah tangga, tersiram air panas, jatuh dari jendela atau tangga, terpotong, luka tusuk atau luka gores, luka bakar, tenggelam, terkena pecahan kaca, terkunci dalam kamar, jatuh dari sepeda dan keracunan.

b. Di rumah sakit

Adapun macam-macam bahaya yang memungkinkan terjadi di lingkungan rumah sakit diantaranya yaitu mikroorganisme, cahaya, kebisingan, temperatur, kelembapan, cedera atau jatuh, kesalahan prosedur, peralatan medis, radiasi, keracunan inhalasi, injeksi, syok elektrik, asfiksia dan kebakaran.

6. Proses Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Keamanan Dan Keselamatan

a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan keamanan dan keselamatan menurut Cahyati, Yanti., et al (2022) "Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional" adalah sebagai berikut:

1) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien gangguan sistem saraf biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis, keluhan yang didapatkan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, konvulsi, sakit

kepala hebat, tingkat kesadaran menurun (GCS <15), akral dingin dan ekspresi rasa takut.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada gangguan neurologis riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi adanya riwayat jatuh, keluhan mendadak lumpuh pada saat pasien sedang melakukan aktivitas, keluhan pada gastrointestinal seperti mual muntah bahkan kejang sampai tidak sadar.

c) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu diarahkan pada penyakit penyakit yang dialami sebelumnya yang kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami klien. sekarang seperti adakah riwayat penggunaan obat obat, tekanan darah tinggi.

d) Riwayat penyakit keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga diarahkan pada penyakit penyakit yang terjadi pada keluarga pasien secara garis keturunan maupun yang tinggal serumah yang dapat mempengaruhi kesehatan pada pasien. Buat genogram untuk mengetahui alur keturunan jika terdapat faktor penyakit keturunan.

e) Pola nutrisi metabolik

Kaji kesulitan menelan dan adanya mual muntah (yang berkaitan dengan perdarahan).

f) Pola eliminasi

Kaji adanya inkontinensia urin atau feses.

g) Pola aktivitas

Kaji adanya kelemahan pada satu sisi tubuh (hemiplegi).

h) Pola persepsi

(1) Kaji pasien apabila tidak memahami penjelasan dari apa yang telah terjadi atau menanggapi pertanyaan.

(2) Kaji pasien saat mengeluh pusing, mengantuk, sakit kepala, leher kaku, dan merasakan nyeri atau sakit di kaki.

(3) Kaji pola pikir pasien, emosi labil dan perubahan perilaku.

i) Pola istirahat

Kaji gejala-gejala dari trombosis saat tidur atau saat bangun tidur.

j) Kardiovaskular

Kaji adanya hipertensi atau hipotensi.

k) Paru-paru

Kaji respirasi pasien apakah terjadi takipnea atau bradhipnea.

l) Neurologis

Kaji adanya kejang, perubahan tingkat kesadaran, kaku kuduk, gangguan memori, kebingungan, perdarahan retina, hemiparalise, hemianopia (defisit bidang visual pada satu atau kedua mata), apraxia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan terarah), afasia reseptif (ketidakmampuan untuk memahami kata-kata) atau ekspresif (ketidakmampuan untuk

mengucapkan kata-kata), agnosia (ketidakmampuan untuk mengenali obyek secara detail), disorientasi, ukuran pupil yang abnormal, disfagia, dan defisit sensorik.

m) Integumen

Kaji *Capillary Refill Time* (CRT), turgor kulit dan adanya tanda sianosis.

b. Pengkajian resiko jatuh

Menurut Umar, Enawati., et al. (2022) Fasilitas pelayanan kesehatan sedang mengembangkan pendekatan untuk mengurangi risiko cedera pada pasien karena jatuh. Fasilitas kesehatan perlu menilai risiko pasien jatuh dan mengambil langkah-langkah untuk mengurangi risiko cedera saat jatuh. Penilaian dapat dilakukan dengan cara mengkaji adakah pengalaman jatuh sebelumnya, penggunaan obat tertentu, pengkajian cara berjalan dan gaya keseimbangan, serta penggunaan alat bantu berjalan pasien. Pelaksanaan kegiatannya berupa kegiatan pengkajian risiko jatuh serta pengkajian ulang bilang ditemukan adanya perubahan kondisi klinis maupun pemberian obat serta intervensi lain yang dapat diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh.

Tabel Skala Jatuh Morse (*Morse Fall Scale*)

No	Item	Skala	Skor
1	Riwayat jatuh (segera atau sebelumnya)	Tidak : 0 Ya : 25	

No	Item	Skala	Skor
2	Diagnosa sekunder (≥ 2 diagnosa medis pada catatan pasien)	Tidak : 0 Ya : 15	
3	Alat bantu jalan Bantuan darurat tidak ada/ tirah baring dibantu oleh perawat kruk/ tongkat/ alat bantu jalan furnitur	0 15 30	
4	Terapi intravena Terpasang infus/heparinisasi	Tidak : 0 Ya : 20	
5	Gaya berjalan/ cara berpindah Normal/ bedrest/ imobilisasi Lemah (tidak bertenaga) Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)	0 10 20	
6	Status mental Bererorientasi/ menyadari kondisi tubuhnya Keterbatasan daya ingat	0 15	
	Skor total hitung skor pasien dan dokumentasikan. < 25 : risiko rendah 25-45 : risiko sedang > 45 : risiko tinggi		

Menurut Sumarsih,. (2023) pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada klien. Setelah dilakukan wawancara dan observasi akan didapatkan berupa data subjektif dan objektif.

1) Identitas klien

Identitas pasien meliputi: nama, jenis kelamin, umur, alamat lengkap, tanggal pengkajian, informan

2) Riwayat kesehatan sekarang

- a) Menanyakan keluhan yang dialami klien saat dilakukan pengkajian melalui wawancara serta observasi
- b) Menanyakan keluhan secara kronologis, mulai dari faktor pencetusnya, kapan timbulnya penyakit, lamanya serta upaya klien untuk mengatasi
- c) Menanyakan alasan klien masuk ke Rumah Sakit
- d) Menanyakan kapan klien masuk ke Rumah Sakit

3) Riwayat kesehatan masa lalu

Menanyakan apakah klien memiliki riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat dirawat di RS serta riwayat pemakaian obat-obatan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

5) Riwayat psikososial dan spiritual

Menanyakan kepada orang terdekat mengenai sehari-hari klien, masalah apa saja yang mempengaruhi klien, Jika klien memiliki penyakit bagaimana klien tersebut menghadapinya, serta bagaimana ibadah klien sehari-harinya.

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi/cairan:

Gejal ketidakmampuan untuk menghasilkan/ mengonsumsi makanan/ cairan adekuat: mual, anoreksia, kesulitan untuk mengunyah.

Tanda penurunan berat badan, kekeringan pada membran mukosa.

b) *Aktivitas/istirahat:*

Gejala nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stres pada sendi, kekakuan pada pagi hari, biasanya terjadi bilateral dan simetris. Limitasi fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, waktu senggang, pekerjaan, kelelahan.

Tanda malaise, keterbatasan rentang gerak; atrofi otot, kulit, kontraktor/kelaianan pada sendi.

c) *Hygiene:*

Gejala berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi, ketergantungan.

d) *Integritas ego:*

Gejala: faktor-faktor stres akut/kronis: misal; finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan, keputusan dan ketidakberdayaan (situasi ketidakmampuan), ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi (misalnya ketergantungan pada orang lain).

7) *Pemeriksaan fisik*

a) *Status mental*

(1) *Kesadaran*

Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan,

tingkat kesadaran dibedakan menjadi: komposmetis, apatis delirium, somnolen, stupor, dan coma.

(2) *Glasgow coma scale*

Skala yang digunakan untuk menilai kesadaran pasien. respon yang perlu diperhatikan mencakup tiga hal yaitu reaksi membuka mata, bicara dan motorik. Hasil pemeriksaan GCS disajikan dalam bentuk simbol E, V, M dan selanjutnya nilai GCS tersebut dijumlahkan.

(3) Tanda tanda vital

(a) Batas suhu normal suhu saat ini irama dan frekuensi jantung, abdomen, tekanan darah, pernafasan.

(b) Pemeriksaan fisik fokus

Pemeriksaan fokus pada lanjut usia yang memiliki Risiko untuk Jatuh meliputi pemeriksaan mata, pemeriksaan telinga dan pemeriksaan ekstermitas. Semakin bertambahnya usia maka akan semakin tinggi penurunan pada fungsi pendengaran dan penglihatan sehingga menyebabkan jatuh. Pemeriksaan dengan menggunakan *Indek Katz*, *Indek Barthel* dan Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia.

(c) Integritas ego

Gejala faktor-faktor stres akut dan kronis: misal finansial, pekerjaan, ketidak mampuan, faktor-faktor

hubungan, keputusan dan ketidak berdayaan (situasi ketidakmampuan) ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi (misalnya tergantung pada orang lain).

(d) Makanan dan cairan

Gejala: ketidak mampuan untuk menghasilkan atau mengkonsumsi makanan dan cairan adekuat: mual, anoreksia, kesulitan untuk mengunyah.

Tanda: penurunan berat badan, kekeringan pada memberan mukosa.

(e) *Hygiene*

Gejala: berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi, ketergantungan dengan orang lain, tidak dapat melakukan ADL secara mandiri.

(f) *Neurosensory*

Gejala: kebas, semutan, pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan.

Tanda: pembengkakan sendi simetris.

(g) Nyeri atau kenyamanan

Gejala: fase akut dari nyeri (mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi).

(h) Keamanan

Gejala: kulit mengkilat, tegang, nodul sukutan, lesi kulit, ulkus kaki. Kesulitan dalam menangani tugas atau pemeliharaan rumah tangga.

(i) Interaksi sosial

Gejala kerusakan interaksi social dengan keluarga dan orang lain, perubahan peran, isolasi.

c. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja PPNI (2017), diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah keamanan dan keselamatan adalah

Kode	Masalah keperawatan	Etiologi / Faktor resiko
D.0143	Risiko jatuh Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.	1. Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak). 2. Riwayat jatuh. 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan). 4. Penggunaan alat bantu berjalan. 5. Penurunan tingkat kesadaran. 6. Perubahan fungsi kognitif. 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing). 8. Kondisi pasca operasi. 9. Hipotensi ortostatik. 10. Perubahan kadar glukosa darah. 11. Anemia. 12. Kekuatan otot menurun. 13. Gangguan pendengaran. 14. Gangguan keseimbangan.

Kode	Masalah keperawatan	Etiologi / Faktor resiko
		15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus). 16. Neuropati. 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum).
D.0142	Resiko infeksi Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus). 2. Efek prosedur invasi. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : • Gangguan peristaltik, • Kerusakan integritas kulit, • Perubahan sekresi pH, • Penurunan kerja siliaris, • Ketuban pecah lama, • Ketuban pecah sebelum waktunya, • Merokok, • statis cairan tubuh. 6. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder : • Penurunan hemoglobin, • Imunosupresi, • Leukopenia, • Supresi respon inflamasi, • Vaksinasi tidak adekuat.

d. Perencanaan

Menurut Tim Pokja PPNI (2018), intervensi keperawatan pada pasien pasien dengan masalah keamanan dan keselamatan adalah :

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
D.0143 Resiko Jatuh Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. L.14138 Tingkat Jatuh Menurun Definisi : Derajat jatuh berdasarkan observasi dan sumber informasi. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh dapat menurun, dengan kriteria hasil: a) Jatuh dari tempat tidur (menurun) b) Jatuh saat berdiri(menurun) c) Jatuh saat duduk (menurun) d) Jatuh saat berjalan (menurun) e) Jatuh saat dipindahkan (menurun)	Intervensi Utama : 1.14540 Pencegahan Jatuh a) Observasi (1)Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit armakognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) (2)Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi (3)Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) (4)Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu (5)Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya b) Terapeutik

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	(1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga (2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci (3) Pasang handrail tempat tidur (4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah (5) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station (6) Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) (7) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien c) Edukasi (1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah (2) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin (3) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh (4) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri (5) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
D.0142 Resiko infeksi	Intervensi Utama :

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. L.14137 Tingkat Infeksi. Menurun Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi dapat menurun, dengan kriteria hasil: - a)Kebersihan tangan (meningkat) - b)Kebersihan tangan (meningkat) - c)Nafsu makan (meningkat) - d)Demam (menurun) - e)Kemerahan (menurun)	I.14359 Pencegahan infeksi Tindakan a) Observasi (1)Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik b) Terapeutik (1)Batasi jumlah pengunjung (2)Berikan perawatan kulit pada area edema (3)Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pen (4)Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi c) Edukasi (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi (2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar (3) Ajarkan etika batuk (4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi (5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan d) Kolaborasi (1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

7. Sasaran Patient Safety

Sasaran keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Pasal 5 Ayat 5 meliputi tercapainya 6 (enam) hal sebagai berikut:

- a. Ketepatan identifikasi pasien,
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif,
- c. Peningkatan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai,
- d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi,
- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh.

Sasaran keselamatan pasien menurut *Joint Commission International* (2017) dalam Ratanto., et al (2023) terdiri dari:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar

Menggunakan setidaknya dua cara untuk mengidentifikasi pasien.

Tujuannya untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan obat dan pengobatan yang tepat.

- b. Meningkatkan komunikasi staf

Meningkatkan komunikasi efektif antar staf untuk menghindari *miscommunication* dan kesalahan Tindakan.

- c. Menggunakan obat-obatan dengan aman

1) Sebelum prosedur berikan label pada obat-obatan yang belum memiliki label.

2) Berhati-hati untuk pemberian obat pengencer darah

3) Mencatat dan menyampaikan informasi yang benar tentang

obat-obatan pasien.

d. Menggunakan alarm dengan aman

Melakukan perbaikan untuk memastikan bahwa alarm pada peralatan medis terdengar dan direspon tepat waktu

e. Identifikasi risiko keselamatan pasien

Mengurangi risiko bunuh diri dengan mengidentifikasi setiap pasien yang berisiko

f. Mencegah kesalahan dalam pembedahan

- 1) Memastikan bahwa pembedahan yang benar dilakukan pada pasien yang benar dan di tempat yang benar pada tubuh pasien.
- 2) Tandai tempat yang benar pada tubuh pasien pada lokasi pembedahan yang akan dilakukan.
- 3) Jeda sebelum operasi untuk memastikan bahwa kesalahan tidak dilakukan.

International Patient Safety Goals 6th (IPSGS) (JCI, 2017) menjelaskan dalam Ratanto., et al (2023) sasaran keselamatan pasien meliputi:

a. Identifikasi pasien dengan benar

Mengembangkan dan menerapkan akurasi identifikasi pasien. Identifikasi dilakukan dengan menggunakan dua tanda pengenal pasien.

b. Meningkatkan komunikasi yang efektif

- 1) Mengembangkan dan menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi verbal antar perawat

- 2) Mengembangkan dan menerapkan proses untuk melaporkan hasil kritis dari tes diagnostic.
 - 3) Mengembangkan dan menerapkan proses komunikasi serah terima
- c. Meningkatkan keamanan penggunaan obat yang perlu diwaspadai
- 1) Mengembangkan dan menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan pengobatan dengan kewaspadaan tinggi
 - 2) Mengembangkan dan menerapkan proses untuk mengelola penggunaan elektrolit pekat yang aman
- d. Memastikan keamanan proses operasi
- 1) Mengembangkan dan menerapkan proses untuk verifikasi pra operasi dan penandaan lokasi prosedur bedah/ invasive.
 - 2) Mengembangkan dan menerapkan proses untuk waktu istirahat yang dilakukan segera sebelum dimulainya prosedur pembedahan/ invasive dan penandatanganan yang dilakukan setelah prosedur
- e. Mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan
- Menerapkan pedoman kebersihan tangan untuk mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh
- Mengembangkan dan menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh pada pasien rawat inap.

B. Konsep Penyakit Stroke

1. Pengertian

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang melibatkan pembuluh darah dari sistem saraf pusat. Biasanya terjadi secara tiba-tiba karena pecahnya arteri serebral, perdarahan, atau oklusi oleh trombus atau partikel lain, yang menyebabkan iskemia dan otak fokal disfungsi. Segera, sel-sel saraf yang kehabisan oksigen di wilayah pembuluh darah yang terlibat akan terganggu secara fungsional dan mati jika sirkulasi tidak segera diperbaiki (Martini., et al. 2024).

Stroke merupakan keadaan non-spesifik dari jejas cerebral dengan disfungsi neuronal yang diakibatkan oleh berbagai patofisiologi yang menyertai dengan disfungsi neuronal yang diakibatkan oleh berbagai mekanisme terjadinya. Stroke adalah sindroma klinis yang ditandai oleh disfungsi cerebral fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih, yang dapat menyebabkan disabilitas atau kematian yang disebabkan oleh perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak adekuat pada jaringan otak (Martini., et al. 2024).

2. Etiologi

Menurut Kusyanti, & Khayudin (2022) penyebab stroke adalah:

- a. Stroke iskemik yang terdiri dari Trombosis (bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak), embolisme serebral (bekuan darah), iskemia (penurunan aliran darah ke area otak).

- b. Hemoragie serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Menurut *American Heart Association* (AHA) Stroke di bagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya, yaitu:

- a. Stroke hemoragik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subarakhniod karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak, perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologik dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan hemiplegia.

- b. Stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh terganggunya peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan otak kekurangan suplai oksigen dan terjadi perdarahan. Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh trombus (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak. Stroke ini ditandai dengan kelemahan atau hemiparesis, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan disfagia.

3. Faktor Risiko

Menurut Kusyanti, & Khayudin. (2022) ada beberapa faktor risiko stroke yang sering teridentifikasi menurut yaitu:

- a. Faktor yang tidak dapat di rubah (*Non Reversibel*):

- 1) Jenis kelamin. Hal ini mungkin lebih berhubungan dengan faktor-faktor pemicu lainnya yang lebih banyak dilakukan oleh pria dibandingkan dengan perempuan, misalnya merokok, minum alkohol, dan sebagainya. pria lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan perempuan.
- 2) Usia. Adanya penambahan usia/umur pada seseorang akan terjadi kurangnya fleksibilitas dan lebih terasa kaku pada jaringan tubuh, termasuk dengan pembuluh darah. Pada umumnya, orang yang telah berumur tua lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan yang lebih muda. Ini adalah kondisi alamiah yang harus diterima. Pada saat umur bertambah, kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku, termasuk dengan pembuluh darah.
- 3) Keturunan. Seseorang yang memiliki riwayat keluarga terkena stroke akan lebih rentan dibandingkan dengan orang lain yang tidak memiliki riwayat penyakit stroke.

b. Faktor yang dapat di rubah (*Reversible*):

- 1) Kelainan jantung/penyakit jantung, ada hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke, terjadinya gangguan atau kelainan jantung menyebabkan pemompaan darah ke seluruh bagian tubuh lainnya, termasuk ke otak menjadi tidak normal. Dari hal ini bisa dipahami hubungan yang erat antara penyakit jantung dan stroke.

- 2) Hipertensi, peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah cerebral.
- 3) Aneurisma pembuluh darah cerebral, adanya penebalan pada satu tempat yang diikuti oleh penipisan di tempat lain mengakibatkan kelainan pada pembuluh darah
- 4) Diabetes mellitus (DM), terjadinya peningkatan viskositas darah sehingga memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal inilah yang mengakibatkan penderita DM berpotensi mengalami stroke.
- 5) Peningkatan kolesterol (lipid total), menjadi penyebab aterosklerosis dan terbentuknya embolus dari lemak disebut kolesterol tubuh yang tinggi.
- 6) Obesitas, berat badan seseorang yang berlebih mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pembuluh darah otak, karena pada seseorang yang obesitas dapat terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol.
- 7) Rokok, asap yang di hirup saat merokok akan menimbulkan plaque pada pembuluh darah oleh karena nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis.

- 8) Kurang aktivitas fisik, kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah (pembuluh darah menjadi kaku), dalam hal ini salah satunya adalah pembuluh darah otak.

4. Patofisiologi

Menurut Cahyati., et al, (2022) trombus dan embolus pada pembuluh darah otak mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang atau berhenti sama sekali ke daerah distal otak yang mengalami thrombus dan emboli sehingga otak kekurangan sumber kalori aliran darah menurun kurang dari 25 ml per 100 g/menit. Akibatnya neuron tidak bisa mempertahankan metabolisme (respirasi) aerobnya. Mitokondria berubah menjadi respirasi anaerob sehingga menghasilkan asam laktat dan perubahan pH. Perubahan bentuk metabolisme ini juga mengakibatkan penurunan jumlah neuron dalam memproduksi adenosine triphosphate (ATP) yang akan dijadikan sumber energy dalam aktivitas sel neuron berupa proses depolarisasi

Penurunan aliran darah serebral menyebabkan terjadinya daerah penumbra dan berkembang menjadi daerah infark. Daerah penumbra yaitu daerah otak yang iskemik dan terdapat pada daerah sekitar yang mengelilingi daerah infark. Daerah ini dapat segera mengalami infark jika tidak dilakukan tindakan penyelamatan. Daerah ini dapat diselamatkan dengan meningkatkan aliran darah serebral menuju ke daerah tersebut dalam waktu yang cepat. Jika hal ini berlanjut akan mengakibatkan bertambahnya kerusakan pada selaput sel. Akibatnya

yang timbul adalah kalsium dan glutamate banyak terbuang, terjadi vasokonstriksi dan menghasilkan radikal bebas. Proses ini memperbesar area infark pada penumbra dan memperberat gangguan neurologis terutama stroke iskemik. Area infark dan penumbra ini akan menimbulkan bertambah luasnya edema otak disekitar penumbra dan infark sebagai akibat tekanan dan iskemia sehingga menyebabkan gangguan system saraf yang lebih luas yang bersifat sementara. Area edema ini akan berkurang dalam waktu beberapa jam atau beberapa hari sehingga gangguan saraf secara perlahan dapat kembali normal sesuai dengan perkembangan proses yang terjadi.

Proses evolusi dari jaringan iskemik kearah infark ini cukup cepat. Iskemik selama 8 sampai 12 jam menimbulkan keadaan di mana neuron mengecil, sitoplasma, nukleus rusak & sel mati. *Cerebral Blood Flow* (CBF) sebesar 18 ml per 100 gram per menit selama 4 jam akan menimbulkan *infark*. CBF sebesar 15 ml per 100 gram permenit, akan menimbulkan infark dalam 3,5 jam, CBF 10 ml per 100 gram per menit akan menjadikan proses infark dalam 3 jam dan CBF 5 ml per 100 gram per menit menimbulkan infark dalam 30 menit.

Stroke hemoragik terjadi sesuai dengan penyebab perdarahan otak dan lokasi perdarahanya. Perdarahan subraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling utama adalah kebocoran aneurisma pada area sirkulus *willis* dan kelainan bentuk arteri vena (AVM). Perdarahan tersebut dapat menyebabkan

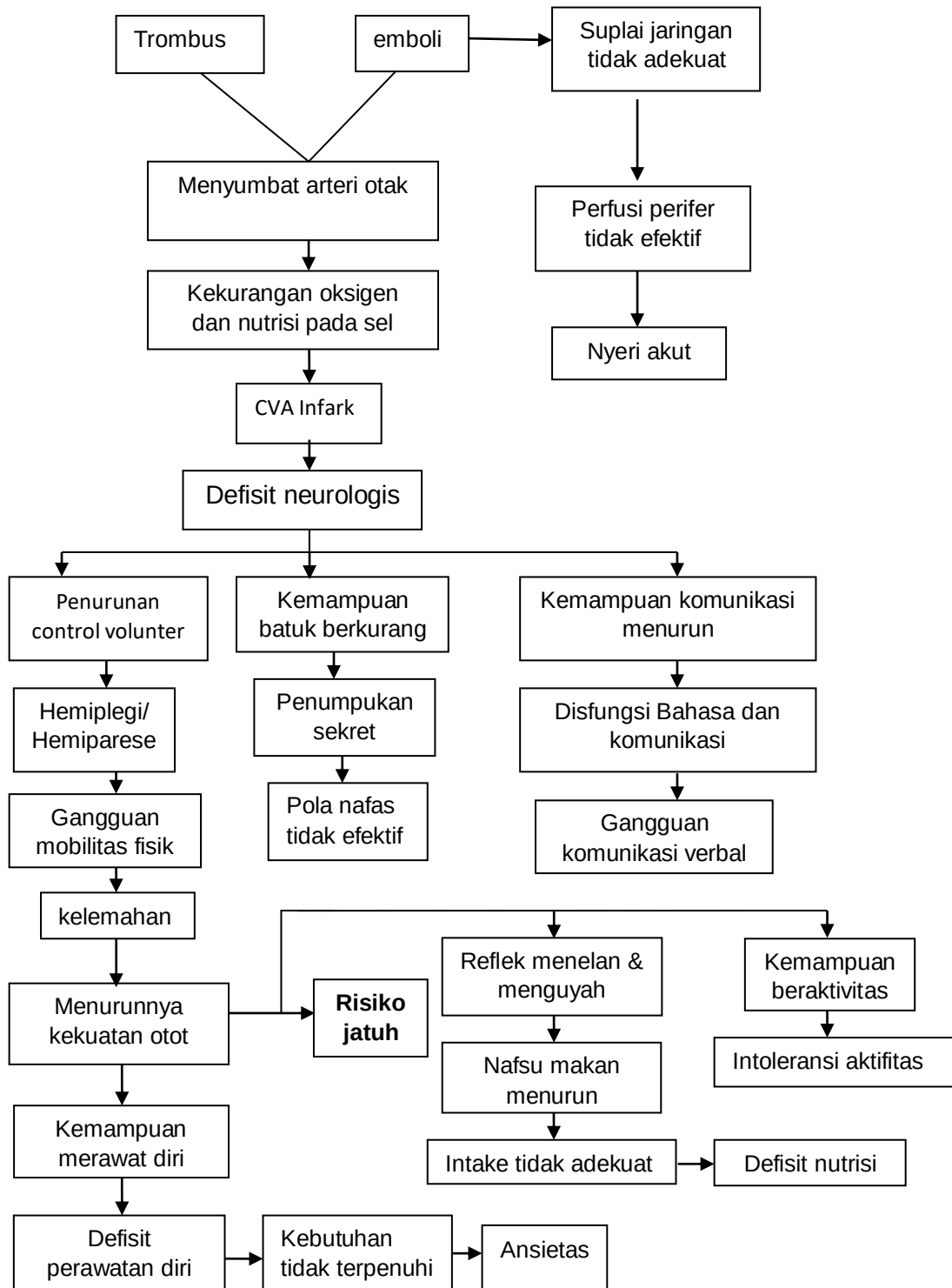
meningkatnya tekanan dalam otak yang menimbulkan terjadinya proses menekan dan merusak jaringan otak sekitarnya. Daerah yang tertekan tersebut selanjutnya akan mengalami edema sekunder akibat iskemia dan menambah tekanan intracranial semakin berat. Perdarahan *subarachnoid* juga disebabkan oleh efek sekunder iskemia pada otak akibat terjadinya penurunan tekanan perfusi dan vasospasme.

Perdarahan intraserebral paling sering terjadi pada pasien stroke dengan hipertensi dan aterosklerosis. Perdarahan intraserebral juga bisa disebabkan oleh tumor otak dan penggunaan obat-obatan seperti obat oral antikoagulan dan amphetamine. Perdarahan biasanya terjadi pada daerah seperti lobus otak, basal ganglia, thalamus, pons dan serebellum. Perdarahan dapat juga terjadi pada intraventrikular.

Gangguan sel-sel menyebabkan terjadinya defisit neurologis berkaitan erat dengan daerah serebral yang terkena (infark). Defisit neurologis biasanya terjadi pada sisi yang berlawanan dengan daerah infark. Hal ini terjadi karena adanya penyilangan jalur motor neuron. Penyilangan terjadi pada diskus piramidalis (*decussation of pyramids*).

5. Pathway

Menurut Kusyani, & Khayudin (2022) pathway stroke sebagai berikut:



6. Tanda gejala

Mempertimbangkan stroke pada beberapa pasien dengan defisit neurologis akut atau penurunan kesadaran. Tanda gejala umum stroke meliputi (Martini., et al, 2024):

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak.
- b. Hemidefisit sensorik (Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan).
- c. Diplopia (gangguan penglihatan dimana seseorang melihat dua bayangan dari satu objek yang sama).
- d. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- e. Disarthria (bicara pelo atau cadel).
- f. Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).
- g. Penurunan kesadaran mendadak.
- h. Defisit batang otak.
- i. Defisit lapang pandang monocular atau binocular.
- j. Kelemahan unilateral (lengan, kaki ataupun keduanya) secara tiba-tiba.
- k. Kelumpuhan nervus VII (fasialis) dan nervus XII (hipoglosus) yang bersifat sentral.

Meskipun tanda-gejala diatas dapat terjadi sebagai gejala tunggal (isolated), namun lebih sering terjadi sebagai kombinasi. Tidak ada

tanda khas riwayat untuk membedakan stroke iskemik dengan stroke hemoragik.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Agustanti,. (2022) adapun pemeriksaan penunjang antara lain:

a. *Computed Tomography Scanning (CT scan)*

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

b. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

c. *Electrocardiograph (ECG)*

Menunjukkan grafik detak jantung untuk mendeteksi penyakit jantung yang mungkin mendasari serangan stroke serta tekanan darah tinggi.

d. *Electroencephalogram (EEG)*

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

e. Angiogram

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

f. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

8. Penatalaksanaan

Menurut Indriani., et al (2025) penatalaksanaan pada pasien stroke bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi serebral, mencegah komplikasi, stroke berulang dan rehabilitasi. Hal ini memerlukan diagnosis awal dan identifikasi awal sehingga pengobatan dapat memberikan manfaat yang besar pada pasien stroke. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan dalam penanganan stroke adalah:

a. Identifikasi awal stroke

Mengidentifikasi manifestasi stroke yang benar dan menentukan manifestasi awal serangan merupakan faktor penting dalam menerapkan intervensi pada pasien stroke. Pengkajian berkaitan tingkat kesadaran, respon pupil terhadap cahaya, lapang pandang, pergerakan ekstremitas, cara berbicara, sensasi, refleks, ataksia dan tanda-tanda vital harus dicatat. Selain itu penilaian terhadap nilai Glasgow Coma Scale (GCS) dan monitor TIK, TIK perlu dilakukan. Riwayat lengkap tentang riwayat kesehatan dan sosial dapat memberikan data tentang penyebab stroke.

b. Mempertahankan aliran darah dan oksigenasi serebral

Mempertahankan jalan udara yang paten merupakan salah satu

tindakan kegawatdaruratan klien dengan stroke. Bila ventilasi pasien tidak baik maka tindakan intubasi dan ventilasi mekanis mungkin diperlukan. Dalam mempertahankan perfusi ke jaringan otak akibat pembuluh darah yang tersumbat dan iskemik pemberian terapi trombolisis dapat diberikan.

c. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan CVA diarahkan pada pemeliharaan jalan napas dan terapi suportif selama 24-48 jam pertama. Selain itu mempertahankan perfusi serebral dan mengurangi defisit neurologis adalah hal penting dalam penanganan stroke. Gagal napas dapat diatasi dengan ventilasi mekanis, pengaturan suhu atau pemberian selimut hipotermia. Selain itu penatalaksanaan farmakologi dilakukan dengan pemberian agen antihipertensi, antikoagulan, aspirin heparin atau coumadin. Pembedahan dapat dilakukan untuk pengangkatan trombus dengan tromboektomi atau embolus dengan emboektomi untuk mengurangi tekanan pada otak.

g. Komplikasi

Menurut Yustilawati, & Musdalifah, (2024) adapun komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral,

Luas nyeri area serebral dengan penjelasan yaitu:

- a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak tergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan

mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

- b. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi dan hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.
- c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah ke serebral. Distrimia dapat menyebabkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal. Selain itu, distrimia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.
- d. Dekubitus bagian tubuh yang sering mengalami memar pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- e. Pneumonia, Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- f. Atrofi dan kekakuan sendi (kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

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

E. Konsep Geriatri

1. Definisi

Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit dan/atau gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.

Geriatri merupakan lansia dengan masalah dan penyakit yang diderita seiring bertambahnya usia dan butuh perawatan medis dan pengobatan. Lansia merupakan siklus hidup yang ditandai dengan tahap penurunan berbagai fungsi organ tubuh, ditandai dengan peningkatan kerentanan tubuh terhadap berbagai penyakit yang dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan termasuk masalah kesehatan mental pada geriatri dan jika hal tersebut terjadi terus menerus, kondisi ini dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari. (Erawan., et al., 2024).

2. Perubahan Pada Lansia

Terdapat beberapa perubahan yang terjadi pada lansia adalah: (Maghfuroh., et al, 2023)

a. Perubahan fisik

Banyak sekali perubahan fisik yang akan terjadi pada lanjut usia pada semua sistem dalam tubuh baik pada Sistem endokrin, sistem kardiovaskuler (masa jantung bertambah), sistem pernafasan (kemampuan batuk menurun, kekuatan menghirup udara menurun), sistem persyarafan (lambat dalam merespon, kurang sensitif terhadap sentuhan), sistem gastrointestinal (kehilangan gigi, indra pengecap menurun, konstipasi, rasa lapar menurun), sistem genitourinaria (Fungsi ginjal menurun, frekuensi BAK meningkat), sistem indera (pendengaran menurun, menurunnya lapang pandang, hilangnya akomodasi), sistem integument (proteksi kulit menurun, pertumbuhan kuku lambat, kelenjar keringat berkurang, elastisitas kulit menurun, keriput), sistem muskuloskeletal (tulang rapuh, osteoporosis, kifosis, otot-otot mudah kram, tremor), dan sistem reproduksi (fungsi seksual menurun, atrofi payudara).

b. Perubahan kognitif

Perubahan kognitif pada lanjut usia berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit jika memiliki sesuatu, lansia akan mempertahankan hak dan hartanya, ingin tetap berwibawa, ingin tetap memiliki peran dalam keluarga dan masyarakat.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perubahan kognitif pada lanjut usia diantaranya:

1) Perubahan fisik

Perubahan fisik pada lanjut usia khususnya adalah organ perasa.

2) Kesehatan umum

Kesehatan secara umum pada lanjut usia akan dapat mempengaruhi perubahan kognitif.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan lanjut usia akan dapat mempengaruhi perubahan kognitif karena akan berdampak pada cara pandang, mekanisme koping, ataupun wawasan.

4) Keturunan

Faktor keturunan ini berkaitan dengan penyakit genetic yg dapat mempengaruhi kesehatan secara umum.

5) Lingkungan

Faktor lingkungan ini secara tidak langsung akan mempengaruhi perubahan kognitif pada lanjut usia.

c. Perubahan spiritual

Pada lanjut usia terjadi peningkatan spiritual karena lansia merasa sudah tua dan mendekati kematian serta kesadaran tentang kematian meningkat sehingga lansia lebih taat beribadah dan mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa.

d. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial yang terjadi pada lanjut usia berkaitan dengan menurunnya produktivitas kerja, sehingga orang lanjut usia yang memasuki masa pensiun akan mengalami:

1) Kehilangan finansial

Pada lanjut usia yang memasuki masa pensiun akan mengalami kehilangan finansial atau berkurangnya pendapatan tergantung pada profesi yang ditekuni sebelum pensiun.

2) Kehilangan jabatan atau status

Pada lanjut usia yang memasuki masa pensiun yang sebelumnya bekerja dan memiliki jabatan maka akan kehilangan jabatannya dan kehilangan status profesinya.

3) Kehilangan aktivitas atau kegiatan

Pada lanjut usia yang memasuki masa pensiun akan mengalami kehilangan atau berkurangnya aktivitas ataupun kegiatan dibandingkan dengan sebelum memasuki masa pensiunnya.

3. Komplikasi

Masalah kesehatan pada lansia menurut Astuti,. et al (2024) dalam upaya peningkatan kualitas hidup, lansia sering menghadapi berbagai masalah yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Masalah-masalah ini dapat berupa masalah fisik, psikologis, sosial, maupun ekonomi. Akibatnya, diperlukan dukungan dari berbagai pihak baik keluarga maupun lainnya, termasuk intervensi medis, sosial, dan lingkungan.

Berikut adalah beberapa masalah umum yang sering dialami oleh lansia:

a. Masalah kesehatan fisik

- 1) Penyakit kronis: Banyak lansia menderita penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, arthritis, dan osteoporosis. Penyakit-penyakit ini sering kali memerlukan perawatan jangka panjang dan dapat mempengaruhi mobilitas serta kualitas hidup.
- 2) Kehilangan mobilitas: Penurunan kekuatan otot, keseimbangan, dan kepadatan tulang dapat menyebabkan kesulitan dalam bergerak, meningkatkan risiko jatuh, dan membuat lansia lebih tergantung pada orang lain.
- 3) Gangguan Indera: Penurunan pendengaran, penglihatan, dan fungsi indera lainnya dapat membuat lansia kesulitan dalam berkomunikasi, membaca, dan menjalani aktivitas sehari-hari.
- 4) Malnutrisi: Lansia berisiko mengalami malnutrisi akibat penurunan nafsu makan, gangguan pencernaan, atau masalah gigi yang membuat mereka sulit makan.
- 5) Gangguan tidur insomnia dan gangguan tidur lainnya sering terjadi pada lansia, yang dapat menyebabkan kelelahan, penurunan kognitif, dan gangguan mod.

b. Masalah kesehatan mental

- 1) Depresi: Depresi adalah masalah kesehatan mental yang umum pada lansia, sering kali disebabkan oleh isolasi sosial, kehilangan orang yang dicintai, pensiun, atau penyakit kronis.

- 2) Demensia: Penyakit seperti Alzheimer dapat menyebabkan penurunan kognitif yang signifikan, mempengaruhi memori, pemikiran, dan kemampuan berfungsi sehari-hari.
- 3) Kecemasan: Lansia juga mungkin mengalami kecemasan yang disebabkan oleh ketidakpastian tentang kesehatan, keuangan, atau perubahan hidup lainnya.

c. Masalah sosial

- 1) Isolasi sosial: Lansia sering kali mengalami isolasi sosial akibat kehilangan pasangan, teman, atau anggota keluarga, serta penurunan mobilitas yang membatasi partisipasi dalam kegiatan sosial.
- 2) Kehilangan peran sosial: Pensiun dan perubahan dalam peran sosial dapat menyebabkan perasaan kehilangan identitas dan harga diri, serta meningkatkan risiko depresi.
- 3) Kekerasan dan penelantaran: Beberapa lansia mungkin menjadi korban kekerasan fisik, emosional, atau finansial, atau mengalami penelantaran oleh pengasuh atau keluarga.

d. Masalah ekonomi

- 1) Kesulitan keuangan: Banyak lansia menghadapi masalah keuangan akibat pensiun, biaya perawatan kesehatan yang tinggi, atau kurangnya dukungan finansial dari keluarga. Hal ini dapat menyebabkan stres dan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar.

- 2) Ketergantungan finansial: Lansia yang tidak memiliki sumber pendapatan yang memadai mungkin bergantung pada keluarga atau bantuan pemerintah, yang dapat menyebabkan rasa tidak nyaman atau penurunan harga diri.

e. Masalah lingkungan

- 1) Perumahan yang tidak sesuai: Banyak lansia tinggal di rumah atau lingkungan yang tidak dirancang untuk kebutuhan mereka, seperti rumah dengan tangga yang curam atau akses yang sulit ke fasilitas umum.
- 2) Kurangnya akses ke layanan kesehatan: Lansia yang tinggal di daerah terpencil atau tidak memiliki transportasi yang memadai mungkin kesulitan mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Desain penelitian adalah rencana penelitian yang menjelaskan komponen dan kegiatan yang akan dilakukan dalam proses penelitian. Desain penelitian juga disebut sebagai rancangan penelitian. Desain penelitian merupakan tahap awal yang penting dalam proses penelitian. (Rustina., et al, 2025). Jenis atau desain penulisan laporan karya tulis ilmiah ini deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Menurut Iskandar., et al (2023), desain penelitian deskriptif adalah jenis desain penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan atau menjelaskan karakteristik suatu fenomena atau populasi dengan cara yang sistematis dan obyektif. Pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan masalah keamanan dan keselamatan pada pasien dengan penyakit pasca stroke.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah seluruh pasien pasca stroke yang dirawat di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (*simple random sampling*).

C. Fokus Penulisan

Fokus utama sebagai bahasan pada laporan karya tulis ilmiah ini adalah gambaran masalah keamanan dan keselamatan apa pada pasien yang dirawat karena kondisi pasca stroke.

D. Definisi Operasional

1. Masalah keamanan dan keselamatan adalah suatu kondisi yang berpotensi menyebabkan cedera atau bahaya yang dapat dicegah terhadap pasien selama menerima pelayanan kesehatan.
2. Geriatri pasca stroke adalah diagnosa medis yang ditetapkan dokter sesuai dengan rekam media pada saat pengambilan kasus.

E. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

1. Format pengkajian yang diterbitkan oleh STIKES PANTI KOSALA yang mengadopsi 11 Pola Gordon.
2. Format asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA.

F. Metode Pengumpulan Data

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasarkan data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien.

Prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut:

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada pasien
2. Melakukan pengkajian pada pasien sesuai respon yang diperoleh dengan anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi
3. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan
4. Melakukan analisis deskriptif atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

F. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penulisan laporan karya ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskriptif tendensi atau fenomena masalah yang dilakukan dengan data atau fakta-fakta secara jelas dan obyektif.

G. Hari dan Waktu

Pengambilan data pada laporan karya tulis ilmiah ini dilaksanakan di Ruang Lantai 3 Utara RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO selama 2 shift jaga pada hari Selasa, 04 Februari 2025-Rabu, 05 Februari 2025.

H. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya proses keperawatan pada pasien geriatri pasca stroke, maka pada laporan karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada aspek masalah keamanan dan keselamatan tindakan keperawatan secara umum dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pada bagian ini penulis akan menguraikan resume kasus asuhan keperawatan Obs. Geriatri Low Intake Riwayat Stroke (Nausea) pada Ny. S di ruang perawatan Lantai 3 Utara RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Pengkajian ini dilakukan pada hari selasa, 04 Februari 2025 pukul 08.00 WIB. Dengan menggunakan metode anamnesa autoanamnesa, allowanamnesa, dan melihat status pasien.

1. Biodata

a. Klien

Nama	: Ny. S
Tanggal lahir/ Umur	: 22 Februari 1956 / 68 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Grogol, Sukoharjo
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Kristen
Status	: Menikah

b. Identitas medis

Ruang/ Kamar	: Lantai 3 Utara / 366
Tanggal, Jam masuk	: 2 Februari 2025 / 22.00
Nomor Register	: 00 - 85 – xx - xx
Diagnose Medis	: Obs. Geriatri Low Intake Riwayat Stroke

(Nausea)

Dokter : dr. F

2. Riwayat Alergi Obat

Pasein mengatakan memiliki alergi obat ambisiline

3. Riwayat Kesehatan

Kesadaran : Compos mentis

Keluhan Utama : Pasien mengatakan mengeluh mual

a. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 2 Februari 2025 merasa mual, muntah, makan sedikit sudah 7 hari, pasien dibawa keluarga ke IGD RS Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO untuk mendapatkan penanganan cepat, di IGD pasien diperiksa darah laboratorium hasilnya trombosit: 106,000/mm³, MCHC : 32,9%, kemudian hasil TTV: Keadaan Umum lemah, TD:135/72mmHg, N: 90×/menit, S:36°C, RR:20×/menit, GDS: 128mg/dL. Pasien dianjurkan dirawat inap untuk memperbaiki kondisi umumnya. Pasien dipindahkan ke ruang perawatan Lantai 3 Utara untuk perbaikan KU. Setelah sampai pasien dilakukan TTV yang hasilnya TD: 129/81 mmHg, N: 91×/menit, RR: 20×/menit, S: 36,2°C keluhan pasien sama. Pasien dilakukan cek laboratorium dengan hasil AST/SGOT: 43 u/L, ALT/SGPT: 41 u/L, BUN: 36mg/dL, Ureum: 78 mg/dL, Kreatinin: 1,77 mg/dL, Natrium: 129 mmol/L, dilakukan rontgen thorax dengan hasil : Kesan: Cardiomegali Aorta Sclerosis congestive Pulmo Gambaran bronchopneumonia Efusi pleura basal sinistra. Saat

dikaji pasien mengeluh masih merasa mual, kedua kaki terasa berat, hasil TTV: TD: 188/72 mmHg, N: 63×/menit, S: 34,5°C, RR: 20×/menit, terpasang NGT, kateter urine terpasang dari hari 3 Februari 2025, terpasang infus Ns 500ml 20 tpm, pasien dilakukan cek laboratorium hasil: Leukosit 9,570/mm³, trombosit: 122,000/mm³, pasien mendapat terapi infus: RL : NS 20 tpm, obat injeksi ranitidine 50mg/12 jam, citicoline 500mg/ 12 jam, primperan 1 a/ 8 jam, obat oral suclafat 3×1, curcuma 3×1, cap garam 2×1, candesart 8mg 1×1, NR 1×1, diet sonde+vloib 1700ml

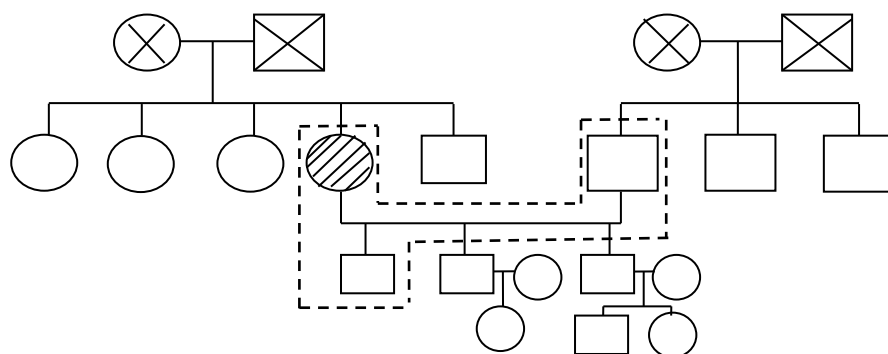
b. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit HT, DM

Genogram :



Keterangan:

□ : Laki laki

- : Perempuan
 ⊗ : Pasien
 □ : Tinggal 1 rumah
 ✕ : sudah meninggal

4. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan bila sakit periksa ke Fasilitas kesehatan pertama dokter praktek mandiri Dr. Siti Nur Junuh di Cemani, Persepsi pasien tentang tentang sehat dan sakit yaitu sehat ketika melakukan aktifitas dengan baik, pasien bertempat tinggal di perkotaan di Sukoharjo, usia 68 tahun

b. Pola nutrisi metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit makan teratur 3x sehari, makanan yang disukai soto, makanan yang tidak disukai adalah makanan kaleng, minum 8 gelas kecil air putih. Saat sakit pasien makan sedikit menu makanan lembut, susu di masuk melalui sonde, jenang, pasien tidak makan makanan dari luar RS. Pasien minum air putih 5 gelas kecil, terpasang sonde sudah satu hari

c. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit melakukan aktifitas seperti berjualan telur, memasak, membersihkan rumah dapat dilakukan mandiri. Saat sakit pasien mengatakan tidak melakukan aktifitas

seperti biasanya karena merasa tak cukup tenaga, aktifitas dibantu anaknya, tidak sesak nafas, kedua kaki terasa berat.

d. Pola persepsi dan kognitif

Anak pasien mengatakan pasien menerima kondisi saat ini ada keinginan untuk segera pulih agar bisa beraktifitas kembali. memiliki riwayat jatuh di kamar mandi kemudian diperiksa CT Scan kepala tanpa kontras pada 24 Januari 2025 Kesan Atrofi serebri serilis, Infark di lobus oksipital, pons, basal ganglia kanan-kiri dan peri ventrikel lateralis kanan kiri di RS Indriarti Solo Baru. Pendidikan pasien terakhir sekolah apoteker lulusan 1969.

e. Pola koping dan manajemen stress

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat stress, bila ada masalah diselesaikan dengan musyawarah, keluarga pasien selalu memberi dukungan agar masalah yang dihadapi pasien bisa terselesaikan.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum Compos Mentis, GCS 15

b. TB/BB : 155cm/49 kg

c. Tanda-tanda Vital: TD: 188/72 mmHg N 63x/menit S: 34,5 Spo₂: 96% RR 20x/menit

d. Pemeriksaan kepala

1) Rambut : Berwarna putih, lurus, tidak ada kebotakan

2) Kepala : Bulat, terdapat bekas jahitan di kepala belakang karena jatuh di kamar mandi

3) Mata : Sklera mata pucat, palpebrae seperti warna kulit

4) Telinga : Dapat mendengar dengan baik, bentuk telinga tidak ada kelainan

5) Hidung : Bentuk hidung simetris, tidak ada lesi, makanan terpasang selang NGT untuk memasukkan makanan

6) Mulut : Tidak ada halitosis, mukosa oral dan pipi tampak kering, tidak ada sariawan, gigi bersih

e. Pemeriksaan leher : tidak ada pembengkakan di kelenjar tyroid

f. Pemeriksaan dada

Inspeksi : bentuk dada simetris

Palpasi: tidak ada kelainan

Perkusi: Sanor di dada kanan, Sedikit redup di dada kiri

Auskultasi: tidak ada bunyi nafas tambahan

g. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi: ukuran dan bentuk normal tidak ada kelainan

Auskultasi: bunyi bising usus 22x/menit

Perkusi: terdengar bunyi timpani

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

h. Ekstermitas

Ekstermitas atas dapat bebas digerakkan, namun ekstermitas

bawah tidak dapat bebas bergerak skor ROM otot ekstermitas 5533

i. Tulang belakang

Postur tubuh normal, tidak ada kelainan pada tulang belakang

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium 4 Februari 2025 Pukul 05.21

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Leukosit	9,576	/mm ³	3,600 - 11,000
Trombosit	122,000 ^L	/mm ³	150,000 - 450,000

Tanggal	Jenis	Kesan
2 Februari 2025 Pukul 21.55	Rontgen thorax	Cardiomegali Aorta Sclerosis Congestive Pulmo Gambaran bronchopneumonia Efusi pleura basal sinistra

Pemeriksaan laboratorium kimia klinik 2 Februari 2025 Pukul 22.54

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
KIMIA KLINIK			
HATI			
AST/SGOT	44 ^H	u/L	<31
ALT/SGPT	41 ^H	u/L	<31
GINJAL			
BUN	36 ^H	mg/dL	7 - 19
Ureum	78 ^H	mg/dL	17 - 43
Kreatinin	1,77 ^H	mg/dL	0,5 - 0,9
ELEKTROLIT			
Kalium	4,7	mmol/L	3,5 - 5,1
Natrium	129 ^L	mmol/L	136-146

Pemeriksaan CT Scan kepala tanpa kontras pada 24 Januari 2025 di
RS Indriarti Solo Baru

Tanggal	Jenis	Kesan
24 Januari 2025	CT Scan kepala tanpa kontras	Atrofi serebri serilis Infark di lobus oksipital, pons, basal ganglia kanan-kiri dan peri ventrikel lateralis kanan kiri

7. Program Terapi

Terapi	Dosis	Fungsi
Cairan Infus RL : NS	20 tpm	Untuk mengatasi dehidrasi, menjaga keseimbangan elektrolit dan pH tubuh, untuk resusitasi cairan
Obat Injeksi Ranitidine Citicoline Primperan	50 mg/12 jam 500mg/12 jam 10 mg/8 jam	Untuk menstabilkan asam lambung Untuk mengatasi gangguan memori/ perilaku akibat stroke, trauma kepala, penuaan Untuk mengobati gastroparesis diabetic berat juga mencegah mual muntah
Obat Oral Sucralfate 500 mg Curcuma 20 mg Tab garam Candesartan 8 mg NR	3x1 3x1 2x1 1x1 1x1	Untuk mengatasi radang lambung dan peningkatan asam lambung Untuk meningkatkan nafsu makan, menjaga daya tahan tubuh Untuk mencegah gangguan akibat kekurangan yodium Untuk menurunkan tekanan darah yang berlebih

Terapi	Dosis	Fungsi
		Untuk mencegah dan mengobati angina pektoris (nyeri dada) penderita penyakit jantung koroner

Diet

Pasien mendapatkan diet sonde + Vloid 1700

8. Pernilaian Resiko Jatuh

Pengkajian resiko jatuh pasien dewasa berdasarkan skala

Morsel Fall Score (MFS)

No	Item	Skala	Skor
1	Riwayat jatuh (segera atau sebelumnya)	Tidak : 0 Ya : 25	25
2	Diagnosa sekunder (≥ 2 diagnosa medis pada catatan pasien)	Tidak : 0 Ya : 15	15
3	Alat bantu jalan Bantuan darurat tidak ada/ tirah baring dibantu oleh perawat kruk/ tongkat/ alat bantu jalan furnitur	0 15 30	30
4	Terapi intravena Terpasang infus/heparinisasi	Tidak : 0 Ya : 20	20
5	Gaya berjalan/ cara berpindah Normal/ bedrest/ imobilisasi Lemah (tidak bertenaga) Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)	0 10 20	10
6	Status mental Bererorientasi/ menyadari kondisi tubuhnya Keterbatasan daya ingat	0 15	0
	Total		100

Keterangan:

Tidak beresiko jatuh : 0-24

Resiko rendah : 25-50

Resiko tinggi : ≥ 45

Pasien termasuk orang dengan resiko jatuh yang tinggi

9. Data Fokus

Hari, tanggal	Data Subjektif dan Data Objektif	Paraf
Selasa, 4 Februari 2025	Data subjektif : Pasien mengatakan; 1. Merasa mual, kedua kaki terasa berat, makan sedikit 2. Pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 januari 2025 3. Memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan, umur 68 tahun 4. Merasa tak cukup tenaga, aktifitas dibantu anak Data objektif: 1. Pasien tampak lemah, terpasang sonde untuk makan, kateter urine untuk BAK, Kedua tangan bisa digerakkan, terdapat bekas luka jahitan di kepala belakang, infus Ns. 20 tpm, Resiko tinggi jatuh 45 (100) 2. Hasil pemeriksaan darah laboratorium 4 Februari 2025 05.21 Leukosit: 9,576/mm³ Trombosit: 122,000/mm² 3. Hasil pemeriksaan rontgen thorax 2 Februari 2025 21.55 Kesan cardromegali Aorta sclerosis Congestive pulmo Gambaran bronchopneumonia efusi pleura basal sinistra atorium	Dimas

Hari, tanggal	Data Subjektif dan Data Objektif	Paraf				
	4. Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik 2 Februari 2025 22.54 AST/SGOT: 43 U/L ALT/SGPT: 41 a/L BUN: 36 mg/dl Ureum: 78 mg/dl Kreatinin: 1,77 mg/dl Natrium: 129 mmol/L 5. Hasil Pemeriksaan CT scan kepala di RS Indriarti 24 Januari 2025 Kesan: Atrofi serebri senilis Infark di lobus oksipital, pons, basal ganglia kanan kiri dan peri ventrikel lateralis kanan kiri 6. Hasil pemeriksaan TTV TD: 188/72 mmHg N:63X/menit S: 34,5°C RR:20X/menit spo²: 96%. 7. Tonus otot ektermas : <table> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </table> 8. Skor resiko jatuh 100 (Pasien termasuk orang dengan resiko jatuh yang tinggi)	5	5	3	3	
5	5					
3	3					

10. Analisa Data

No. DX	Hari, tanggal	Data	Problem	Etiologi	Paraf
1	Selasa, 4 Februari 2025	Data objektif : 1. Pasien tampak sadar, kedua tangan bisa digerakkan, terdapat bekas luka jahitan di kepala belakang.	Resiko Jatuh (0.0143)	Usia ≥ 65 tahun	Dimas

No. DX	Hari, tanggal	Data	Problem	Etiologi	Paraf
		2. Hasil pemeriksaan rontgen thorax 2 Februari 2025 21.55 Kesan: Cardiomegali megali Aorta sklerosis Congestive pulmo Gambaran bronicopneumonia. Efusi pleura basal sinistra 3. CT Scan Kepala di RS Indrlarti 24/1/2025 - Hasil pemeriksaan Kesan: Atrofi Serebri senilis Infark di lobus oksipital, Pons, basal ganglia kanan kiri dan peri ventrikel lateralis kanan kiri 4. Hasil pemeriksaan TTV TD: 188/72 mmhg N:63x/menit S:34,5°C RR:20x/merit Spo: 96% 5. Tonus otot ekstermitas			

No. DX	Hari, tanggal	Data		Problem	Etiologi	Paraf				
		<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr></table>	5	5	3	3				
5	5									
3	3									
		Skor resiko jatuh 100 (Pasien termasuk orang dengan resiko jatuh yang tinggi)								
2	Selasa, 4 Februari 2025	Data subjektif : 1. Pasien mengatakan merasa mual, makan Sedikit 2. memiliki riwayat stroke Sudah 1 bulan, umur 68 tahun Data objektif: 1. Pasien tampak lemas, terpasang sonde untuk makan, kateter urine untuk BAK, Infus Ns 20 tpm 2. Hasil pemeriksaan darah laboratorium 4 Februari 2025 05.21 Leukosit: 9,576 /mm³ Trombosit: 122,000/mm³ 3. Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik 2 Februari 2025		Nausea (0.0076)	Peningkatan tekanan intra kranial	Dimas				

No. DX	Hari, tanggal	Data	Problem	Etiologi	Paraf
		AST/SGOT: 43 a/L ALT/SGPT: 41 u/L BUN: 36 mg/dl Ureum: 78 mg/dl kreatinin : 1,77 mg/dl Natrium: 124 mmol/l 4. Hasil pemeriksaan TTV TD: 188/72 mmhg N:63x/menit S:34,5°C RR:20x/menit Spo²: 96%, dengan kanul O² 3 lpm Data Subyektif : i. Pasien mengatakan Kedua kaki terasa berat ii. Pernah Jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025 iii. memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan, umur 68 tahun iv. merasa tak cukup tenaga, aktifitas dibantu anak			

11. Daftar Masalah

No. Dx	Tanggal ditemukan	Masalah keperawatan	Tanggal, teratasi	Paraf
1	Selasa, 4 Februari 2025	Resiko Jatuh yang berhubungan dengan usia pasien ≥ 65 tahun yang dibuktikan dengan pasien mengatakan kedua kaki terasa berat, pernah jatuh di kamar tanggal 24 Januari 2025, memiliki riwayat Stroke Suhah 1 bulan, merasa tak cukup tenaga aktifitas dibantu anak. Hasil pemeriksaan rontgen thorax. tanggal 2 Februari 2025 Kesan: Cardiomegali Aorta sklerosis Congestive pulmo Gambaran bronchopneumonia Efusi pleura basul Sinistra. Hasil pemeriksaan CT scan di RS Indriarti kesan: Atrofi Serebri senilis Infark di lobus oksipitalis, pons, basul ganglia Kanan kiri dan peri ventrikel lateralis kanan kiri. Hasil TTV; TD: 188/72 mmtly N:63/menit 5:34,5°C RR:20x/menit Spo ² : 96%. Tonus otot ekstermitas 5533 skor resiko jatuh 100 (Pasien termasuk orang dengan resiko jatuh yang tinggi)		Dimas
2	Selasa, 4 Februari 2025	Nausea yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial yang dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual makan sedikit, memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan umur 68		Dimas

No. Dx	Tanggal ditemukan	Masalah keperawatan	Tanggal, teratasi	Paraf
		tahun. Pasien tampak sadar terpasang sonde untuk makan," kateter urine untuk BAK, infus Ns 20 tpm. Hasil pemeriksaan darah laboratorium leukosit 9,576/mm² trombosit 122,000/mm², Hasil pemeriksaan laboratorium Kimia klinik tanggal 2 februari 2025 AST/SGOT: 434/L ALT/SGPT: 414/L BUN: 36 mg/dl. Ureum: 78 mg/dl Kreatinin : 1,77 mg/dL Natrium: 129 mmol/L Hasil pemeriksaan TTV; TD: 180/72 mmHg N:63x/menit 5:34,5°C RR:20X/menit Spo²: 96%.		

12. Perencanaan

No. Dx	Tujuan dan indikator (SLKI)	Rencana tindakan / intervensi (SIKI)	Ttd nama
1.	SLKI: Tingkat Jatuh (L.14138) Tujuan: Pasien mampu menunjukkan tingkat jatuh yang menurun Setelah dilakukan Perawatan dalam 1x24 jam perawatan dengan Kriteria hasil : a. Jatuh dari tempat tidur (4) b. Jatuh Saat berdiri (4)	SIKI: Pencegahan Jatuh (1.14540) Observasi - Identifikasi faktor jatuh - Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shif Terapeutik - Pastikan roda tempat tidur terkunci - Pasang handrail di tempat tidur	Dimas

No. Dx	Tujuan dan indikator (SLKI)	Rencana tindakan / intervensi (SIKI)	Ttd nama
	c. Jatuh Saat duduk (4) d. Jatuh Saat berjalan (4) Ket. Abjad a-d : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	- Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	
2.	SLKI: Tingkat Nausea (L.08065) Tujuan: Pasien mampu menunjukkan tingkat nausea yang menurun setelah dilakukan Perawatan dalam 1x24 jam perawatan dengan : Kriteria hasil : a. Perasaan ingin muntah (4) b. Perasaan asam di mulut (4) c. Sensasi dingin (4) d. Nafsu makan (4) Ket. Abjad a-c : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun	SIKI: Manajemen Mual (1.03117) Observasi; - Identifikasi pengalaman mual - Monitor mual - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup Terapeutik - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual Edukasi - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antiemetik (primperon 10 mg, Sucralfat 500 mg)	

No. Dx	Tujuan dan indikator (SLKI)	Rencana tindakan / intervensi (SIKI)	Ttd nama
	5. Menurun Ket. Abjad d : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3 Sedang 4 Cukup membaik 5 Membaik	-	

13. Catatan Keperawatan

Hari, Tanggal Jam	No. DX	Tindakan dan Respon	TTD Nama
Selasa, 4 Februari 2025 08.41	1,2	Mengidentifikasi Pengalaman mual RS: Pasien mengatakan merasa mual, sebelum dirawat di RS Dr.OEN KANDANG SAPI sudah seminggu mual, muntah, makan sedikit Ro: Pasien tampak sadar, terpasang Sonde untuk makan, minum. kulit kering, terpasang kateter urine, infus Ns 20tpm, Pasien dirawat inap untuk Perbaikan Perbaikan kondisi umum, terpasang O ₂ 3 lpm dengan kanul	Dimas
08.50	1	Mengukur TTV, memastikan handrail terpasang, roda bed terkunci RS: Pasien mengatakan kedua kaki terasa berat RO: TD: 188/72 mmHg N: 63x/ menit, RR:20x/ menit S:34,5°C Spo ₂ : 96%. dengan 3 lpm, handrail roda bed terkunci	Dimas

Hari, Tanggal Jam	No. DX	Tindakan dan Respon	TTD Nama
09.00	1	Mengidentifikasi faktor jatuh, resiko jatuh Rs: pasien mengatakan berusia 68 tahun, pernah jatuh tanggal 24 Januari 2024 di kamar mandi, masih ingat dengan kejadian Ro: Pasien tampak sadar, terdapat luka jahitan di kepala belakang, terpasang infus Ns 20tpm, O ² dengan kanul 3 lpm, kateter urine, aktifitas di bantu anak, lemah	Dimas
10.00	1,2	Menganjurkan pasien istirahat yang cukup. memastikan handrail terpasang Rs: pasien mengatakan banyak istirahat Ro: Pasien tampak lemah, handrail terpasang	Dimas
12.00	2	Memberikan obat oral sucralfat 500mg dan curcuma 20mg RS. Pasien mengatakan Sudah mau makan Ro: obat sucralfat 500mg & Curcuma 20m telah diminum	Dimas
14.00	1	Mengganti flabot infus, menganjurkan memanggil perawat bila memerlukan bantuan Rs: anak pasien mengatakan cairan infus habis Ro: Infus No 500 ml masuk lancar 20 tpm masuk secura IV perinfus, pasien paham	Dimas
15.20		Mengukur TTV Rs: pasien mengatakan sudah tidak mual, Ro: 186/87 mmHg N:69x/menit S:36,1°C RR:20x/menit Spo ² : 96%, NGT telah dilepas pasien makan minum secara oral	Dimas
17.00	2	Memberikan obat oral sucralfat 500 mg, Curcuma 20 mg, tap garam, candesartan 8 mg Rs: pasien mengatakan bisa minum melalui mulut	Dimas

Hari, Tanggal Jam	No. DX	Tindakan dan Respon	TTD Nama
		Ro: obat oral sucralfat 500 mg, Curcuma 20mg, tap garam, Candesartan 8 mg telah diminum	
20.00	2	Memberikan obat injeksi ranitidine 50 mg, citicoline 500 mg, priperon 10 mg, mengganti flabot infus Rs: pasien mengatakan ruangan dingin, bisa makan Ro: obat injeksi ranitidine 50 mg, citicoline 500 mg, priperon 10 mg masuk secara IV per infus, infus RL 500 ml menetes lancar 20 tpm	Dimas
Rabu 5 Februari 2025 02.00	1	Mengganti flabot infus, memastikan roda bed terkunci Rs: anak pasien mengatakan infus habis Ro: infus cairan RL 500 ml menetes lancar 20 tpm, pasien tampak bisa tidur nyenyak	Dimas
05.20	1	Mengukur TTV, mendekatkan bel dijangkauan pasien, memasang handrail Rs: anak pasien mangatakan ibunya bisa tider kemarin Ro: TD: 127/78 mmHg N: 77x/menit S: 36,3°C Spo ² : 96% RR: 20x/menit, bel sudah dapat dijangkau pasien, handrail telah terpasang	Dimas
06.00	1,2	Memonitor mual, mengajurkan istirahat Rs: pasien mengatakan tidak mual, bisa makan melalui mulut Ro: pasien tampak tenang, lemah, makan diet makanan lunak habis ½ porsi makanan	Dimas
07.00	2	Memberikan obat oral sucralfat 500 mg, curcuma 20 mg, NR, tab garam Rs: pasien mengatakan tidak mual Ro: obat oral sucralfat 500 mg, curcuma 20 mg, NR, tab garam telah diminum	Dimas

Hari, Tanggal Jam	No. DX	Tindakan dan Respon	TTD Nama
07.30	1	Mengganti infus, mengajurkan untuk memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu untuk berpindah Rs: anak pasien mengatakan infus habis, ingin posisi ibunya agak ditinggikan Ro: infus Ns 500 ml memetes lancar 20 tpm secara Iv per infus, posisi pasien telah disesuaikan	Dimas
08.05	2	Memberikan obat injeksi ranitidine 50 mg, citicoline 500 mg, priperon 10 mg, serta mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Rs: pasien mengatakan tidak mual, mau makan, nafsu makan meningkat Ro: obat injeksi ranitidine 50 mg, citicoline 500 mg, priperon 10 mg telah masuk secara IV per infus, bel pemanggil telah lebih dekat dengan pasien	Dimas
09.00	1	Memastikan handrail terpasang, serta roda tempat tidur terkunci Rs: pasien mengatakan bisa istirahat, tensi naik turun Ro: handrail terpasang, roda tempat tidur terkunci	Dimas
10.05	1,2	Mengukur TTV, memonitor mual, mengidentifikasi resiko jatuh Rs: pasien mengatakan tidak mual, bisa makan melalui mulut, kedua kaki terasa berat Ro: TD: 175/82 mmHg N: 83x/menit S: 36,4°C Spo ² : 96% RR: 20x/menit, pasien tampak lemah, NGT telah dilepas, memerlukan bantuan anak untuk beraktifitas, banyak istirahat. Keluarga pasien selalu mendampingi serta mendukung agar pasien segera pulih.	Dimas

14. Evaluasi

Hari, tanggal	No. Dx	Evaluasi (SOAP)	Ttd Nama										
Rabu, 5 Februari 2025	1	S : Pasien mengatakan kedua kaki masih berat, lemas O : Pasien Nampak memerlukan bantuan anak untuk beraktifitas, pasien tampak lemah, TTV: TD 175/82mmHg, N: 84X/menit, RR: 20x/menit, Suhu 36.4°C Kriteria hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>skor</th></tr><tr><td>a. Perasaan ingin muntah</td><td>4</td></tr><tr><td>b. Perasaan asam dimulut</td><td>4</td></tr><tr><td>c. Sensasi dingin</td><td>4</td></tr><tr><td>d. Nafsu makan</td><td>4</td></tr></table> A : Pasien belum mampu menunjukkan tingkat jatuh yang menurun setelah dilakukan perawatan P : Lanjutkan intervensi a. Identifikasi resiko jatuh b. Pastikan roda terkunci c. Pasang handrail di bed pasien d. Dekatkan bel penunggu dijangkauan pasien	Indikator	skor	a. Perasaan ingin muntah	4	b. Perasaan asam dimulut	4	c. Sensasi dingin	4	d. Nafsu makan	4	Dimas
Indikator	skor												
a. Perasaan ingin muntah	4												
b. Perasaan asam dimulut	4												
c. Sensasi dingin	4												
d. Nafsu makan	4												
Rabu, 5 Februari 2025	2	S : Pasien mengatakan sudah tidak mual, bisa makan melalui mulut, nafsu makan meningkat O : pasien tampak lemah, tenang, tidak kesakitan, banyak istirahat, NGT telah dilepas dari hidung, pasien mendapat diet makanan lunak, pasien Nampak semangat makan.	Dimas										

Hari, tanggal	No. Dx	Evaluasi (SOAP)	Ttd Nama										
		TTV: TD 175/82mmHg, n: 84X/ menit, RR: 20x/ menit, suhu 36.4°C Kriteria hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>skor</th></tr><tr><td>a. Jatuh dari tempat tidur</td><td>3</td></tr><tr><td>b. Jatuh saat berdiri</td><td>3</td></tr><tr><td>c. Jatuh saat duduk</td><td>3</td></tr><tr><td>d. Jatuh saat berjalan</td><td>3</td></tr></table>	Indikator	skor	a. Jatuh dari tempat tidur	3	b. Jatuh saat berdiri	3	c. Jatuh saat duduk	3	d. Jatuh saat berjalan	3	
Indikator	skor												
a. Jatuh dari tempat tidur	3												
b. Jatuh saat berdiri	3												
c. Jatuh saat duduk	3												
d. Jatuh saat berjalan	3												
		A : Pasien mampu menunjukkan tingkat nausea yang menurun setelah dilakukan perawatan P : intervensi dilanjutkan dengan a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup b. Kolaborasi pemberian obat antiemetic (primperon 10 mg, Sucralfat 500 mg)											

B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan melakukan pembahasan “Studi Deskriptif Masalah Keamanan Dan Keselamatan Pada Asuhan Keperawatan Geriatri Pasca Stroke di Ruang Lantai 3 Utara RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO”. Penulis akan menguraikan yaitu:

1. Mengidentifikasi Masalah Keamanan dan Keselamatan

Menurut Wardani., et al. (2023) masalah keamanan dan keselamatan adalah masalah yang berkaitan dengan keselamatan (*safety*) yaitu suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari

segala bentuk ancaman atau bahaya. Sedangkan keamanan (*security*) yaitu keadaan aman dan tenteram, bebas dari ancaman atau penyakit.

Pada saat pengkajian pasien mengatakan kedua kaki terasa berat, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025, memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan, umur 68 tahun, merasa tak cukup tenaga, aktifitas dibantu anak. Pasien tampak sadar, kedua tangan bisa digerakkan, terdapat bekas luka jahitan di kepala belakang, hasil pemeriksaan rontgen thorax 2 Februari 2025 21.55 Kesan: Cardiomegali megali Aorta sklerosis Congestive pulmo Gambaran broncopneumonia. Efusi pleura basal sinistra. Hasil pemeriksaan CT scan di RS Indriarti kesan: Atrofi Serebri senilis Infark di lobus oksipitalis, pons, basul ganglia Kanan kiri dan peri ventrikel lateralis kanan kiri. Hasil TTV; TD: 188/72 mmHg N:63/menit 5:34,5°C RR:20x/menit Spo²: 96%. Tonus otot ekstermitas 5533 skor resiko jatuh 100 (Pasien termasuk orang dengan resiko jatuh yang tinggi).

Dari uraian data di atas data yang ditemukan pada pasien sesuai adalah kondisi pasien yang belum terhindar dari bahaya yaitu kedua kaki terasa berat, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025, memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan, umur 68 tahun, merasa tak cukup tenaga, aktifitas dibantu anak, TTV; TD: 188/72 mmHg N:63/menit 5:34,5°C RR:20x/menit Spo²: 96%. Tonus otot ekstermitas 5533 skor resiko jatuh 100 (Pasien termasuk orang dengan resiko jatuh yang tinggi).

2. Mengidentifikasi Resiko Jatuh pada Pasien Geriatri Pasca Stroke

Instrument atau alat yang digunakan untuk pengkajian pasien adalah skala jatuh morse. Skor skala jatuh yang diperoleh saat pengkajian pada pasien adalah 100 (pasien resiko tinggi jatuh). Menurut Umar., et al (2022) kejadian jatuh memberikan dampak yang tidak sederhana bagi pasien. Selain berisiko terjadinya cedera, juga dapat menambah lama dan biaya perawatan pasien. Salah satu program meminimalkan angka risiko jatuh oleh perawat adalah mengkaji risiko jatuh sebagai elemen pertamanya dengan tujuan melakukan observasi khusus bagi pasien berisiko jatuh. Pengkajian risiko jatuh dilakukan sejak pasien masuk rumah sakit pertama kali (pengkajian awal) dan setiap kali pasien berubah kondisi klinisnya akibat perawatan maupun pengobatan. Selain itu, bisa juga dengan memberikan tanda/identitas khusus seperti gelang berwarna kuning, penanda risiko, mengatur posisi rendah pada tempat tidur pasien, memasang pengaman tempat tidur dan memberikan informasi tertulis pada pasien dan keluarga.

Identifikasi Resiko Jatuh dengan Skala Jatuh Morse pada Ny. S. pasien memiliki riwayat jatuh pada tanggal 24 Januari 2025 skor 25, pasien memiliki 2 diagnosa sekunder yaitu geriatric low intake Riwayat stroke skor 25, pasien membutuhkan bantuan perawat serta memakai alat bantu skor 30, pasien terpasang infus intravena skor 20, gaya berjalan/ cara berpindah lemah (tidak bertenaga) skor 10, status mental pasien berorientasi/ menyadari kondisi tubuhnya skor 0 dari

hasil pengkajian di atas nilai skala resiko jatuh Morsel pasien adalah 100 (pasien termasuk orang dengan resiko tinggi jatuh)

Menurut Sumarsih,. (2023) jatuh merupakan suatu peristiwa yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang melihat kejadian, yang mengakibatkan seseorang mendadak treating atau terduduk dilantai atau ditempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka. Ada beberapa faktor yang membuat lansia mengalami jatuh misalnya, dari diri lansia sendiri seperti adanya penyakit yang diderita membuat lansia lemah dan akan beresiko jatuh jika melakukan kegiatan, selanjutnya dari faktor lingkungan seperti pandangan mata kabur, pencahayaan yang kurang, dan lantai yang licin yang bisa membuat lansia jatuh. Perubahan pada sistem saraf pusat juga mempengaruhi aktivitas lansia sehingga kurangnya respon motorik yang menyebabkan gaya berjalan lansia yang tidak seimbang. Gangguan muskuloskeletal berperan besar terjadinya jatuh pada lansia, gangguan musculoskeletal menyebabkan perubahan pada gaya berjalan, kelambatan bergerak, langkah yang pendek, kaki tidak dapat menapak dengan kuat, dan endrung gampang goyah, lambat mengantisipasi bila terjadi gangguan seperti terpeleset, dan tersandung. Data yang penulis peroleh adalah pasien mengatakan Pasien mengatakan kedua kaki terasa berat, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025 kemudian diperiksakan CT Scan kepala tanpa kontras pada 24 Januari 2025 Kesan Atrofi serebri serilis, Infark di lobus oksipital, pons, basal ganglia kanan-kiri dan peri

ventrikel lateralis kanan kiri di RS Indriarti Solo Baru. Memiliki riwayat stroke sudah 1 bulan, umur 68 tahun, Hasil pemeriksaan TTV TD: 188/72 mmhg N:63x/menit S:34,5°C RR:20x/merit Spo: 96%, Tonus otot ekstermitas 5533.

3. Faktor Resiko Jatuh pada Pasien Geriatri Pasca Stroke

Menurut Sumarsih, (2023) terdapat dua faktor resiko jatuh yaitu:.. faktor intrinsik dan ekstrinsik

Adapun faktor intrinsik yang ditemukan pada kasus adalah pasien memiliki riwayat stroke sudah satu bulan, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025, pasien berusia 68 tahun, hasil TTV : TD 175/82 mmHg, N: 84X/menit, RR: 20x/ menit, Suhu 36.4°C, terpasang infus. Faktor intrinsik yang dapat mengakibatkan insiden jatuh termasuk proses penuaan dan beberapa kondisi penyakit, termasuk penyakit jantung, stroke dan gangguan ortopedik serta neurologik. Faktor intrinsik dikaitkan dengan insiden jatuh pada lansia adalah kebutuhan eliminasi individu. Beberapa kasus jatuh terjadi saat lansia sedang menuju, menggunakan atau kembali dari kamar mandi. Perubahan status mental juga berhubungan dengan peningkatan insiden jatuh. Faktor intrinsik lain yang menimbulkan resiko jatuh adalah permukaan lantai yang meninggi, ketinggian tempat tidur baik yang rendah maupun yang tinggi dan tidak ada susut tangan ditempat yang strategis seperti kamar mandi dan lorong.

Adapun faktor ekstrinsik yang ditemukan pada kasus adalah pasien kurang mengenali lingkungan sekitar, penggunaan alat bantu. Faktor

ekstrinsik juga mempengaruhi terjadinya jatuh. Jatuh umumnya terjadi pada minggu pertama hospitalisasi, yang menunjukkan bahwa mengenali lingkungan sekitar dapat mengurangi kecelakaan. Obat merupakan agen eksternal yang diberikan kepada lansia dan dapat digolongkan sebagai faktor risiko eksternal. Obat yang memengaruhi sistem kardiovaskular dan sistem saraf pusat meningkatkan risiko terjadinya jatuh, biasanya akibat kemungkinan hipotensi atau karena mengakibatkan perubahan status, mental. Individu yang mengalami hambatan mobilitas fisik cenderung menggunakan alat bantu gerak seperti kursi roda, tongkat tunggal, tongkat kaki empat dan walker. Klien yang menggunakan alat bantu lebih mungkin jatuh dibandingkan dengan pasien yang tidak menggunakan alat bantu. Penggunaan restrain mengakibatkan kelemahan otot dan konfusi, yang merupakan faktor ekstrinsik terjadinya jatuh.

4. Menilai Peran Keluarga dalam Perawatan pada Pasien Geriatri Pasca Stroke

Hasil studi kasus menunjukkan peran yang sudah dilakukan keluarga adalah memberikan pelayanan Kesehatan ke rumah sakit , serta dengan memberikan dukungan serta pendampingi saat pasien dirawat di rumah sakit.

Menurut Fabanyo., et al. (2023) perawatan pasien stroke dimulai sejak dalam perawatan di rumah sakit hingga setelah selesai dirawat. Perawatan harus komprehensif untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan atau bahkan memaksimalkan tingkat

kemandirian dan mengurangi risiko kecacatan dan komplikasi. Proses ini sangat dipengaruhi oleh kemampuan keluarga untuk memenuhi tanggung jawabnya. Keluarga harus memahami dan mampu menjalankan fungsi memberikan pelayanan kesehatan kepada anggota yang sakit.

Peran keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah adalah meningkatkan kemandirian pasien, memenuhi kebutuhan ADL, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan, dan mencegah kekambuhan stroke.

Dalam penelitian Akbar et al., (2021) dalam Fabanyo., et al. (2023) Jenis intervensi yang digunakan dalam merawat pasien stroke selama di rumah yaitu terbagi menjadi empat yaitu: Perawatan di rumah. Model perawatan yang berpusat pada keluarga (family centered care), termasuk perawatan pasien dan keluarga dalam layanan kesehatan, digunakan untuk memastikan bahwa perawatan direncanakan untuk seluruh keluarga, bukan hanya individu, dan bahwa semua anggota keluarga menerima perawatan. Ini membutuhkan keterlibatan pasien, keluarga, dan profesional perawatan kesehatan dalam merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi rencana perawatan. Yang kedua adalah Pemenuhan kebutuhan fisik, berfokus pada rehabilitation program yang mana menggunakan strategi intervensi didasarkan pada prinsip-prinsip fisiologi olahraga, dan pembelajaran motorik.. yang ketiga adalah Integrasi dari dukungan psikologis dan

sosial. Yang keempat adalah Integrasi dari perawatan rumah, latihan fisik, dan dukungan psikologi

Hasil studi kasus menunjukkan peran yang sudah dilakukan keluarga memberikan dukungan, pasien membutuhkan bantuan anak untuk beraktifitas sehari hari, anak pasien selalu mendampingi serta memberi dukungan agar pasien segera bisa pulih.

Menurut Ferawati., et al (2020) Keluarga memiliki berbagai fungsi, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi kesehatan dan fungsi ekonomi. Fungsi keluarga inilah yang menyebabkan timbulnya dukungan keluarga. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan sosial yang dipandang keluarga sebagai sesuatu yang dapat diadakan oleh keluarga. Hasil pengumpulan data dari responden, diperoleh bahwa sebagian besar responden mendapat dukungan yang baik dari keluarga. Hasil pengumpulan data dari responden, diperoleh bahwa sebagian besar responden mendapat dukungan yang baik dari keluarga.

Dukungan keluarga diibaratkan sebagai proses yang terjadi sepanjang hidup dengan sifat dan jenis yang berbeda-beda di tiap tahap kehidupan. Ada empat macam dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan informasi. Pada dukungan instrumental, keluarga berperan sebagai sumber pertolongan yang praktis dan fasilitas selama masa perawatan. Penelitian ini menekankan bahwa keluarga disini bertindak sebagai perantara antara penderita stroke dengan

pelayanan kesehatan, misalnya mengantar dan menjemput penderita untuk melakukan terapi, menjadi sumber finansial perawatan atau penyedia dana kesehatan karena penderita stroke tidak bisa bekerja. Selain itu hal lain yang dapat dilakukan keluarga adalah membantu penderita apabila mengalami kesulitan dalam melakukan suatu hal. Dukungan ini paling efektif apabila dihargai oleh penderita dan dapat mengurangi depresi.

Ketika pasien ingin terapi tapi tidak dapat pergi sendiri karena kondisinya, keluarga langsung membantu mengantarkan ke tempat rehabilitasi di pelayanan kesehatan terdekat. Apabila ada anggota keluarga yang tidak dapat mengantarkan dengan alasan masih bekerja, maka pasien akan dibantu oleh sopir yang ada di rumah maupun tetangga yang memiliki waktu luang. Pada saat di rumah keluarga juga membantu dengan menyediakan alat yang memudahkan penderita berlatih atau membantu secara langsung untuk melakukan rentang gerak sendi sesuai yang diajarkan dan disarankan terapis. Jadi tidak semua mendapat dukungan instrumental secara penuh.

Dukungan penghargaan di mana keluarga menyatakan penghargaan maupun penilaian positif kepada penderita. Dukungan penghargaan ini jarang dilakukan karena tidak terbiasa mengungkapkan. Dukungan ini berfungsi untuk membesarkan hati penderita, sehingga lebih bersemangat dalam melakukan rehabilitasi. Dukungan ini juga berarti pemberian motivasi. Kecacatan yang

disebabkan stroke menyebabkan penderita stroke mengalami ketergantungan aktivitas sehari-hari, gangguan emosi dan depresi, serta ada yang mengalami gangguan seksual. Setelah serangan stroke mereka mengalami ketergantungan yang tinggi kepada orang lain. Hal ini disebabkan karena kelemahan pada satu sisi tubuh. Ada penderita stroke yang mengalami kelemahan pada bagian kanan ada juga yang mengalami kelemahan pada tubuh bagian kiri bahkan ke dua sisi. Segala kebutuhan penderita stroke harus dibantu oleh orang lain terutama pasangan, dimulai dari hal-hal kecil seperti makan, BAB, BAK, berpakaian hingga membawa berobat atau terapi lain yang dibutuhkan penderita sehingga mereka merasa seperti anak kecil

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pembahasan yang lebih dalam tentang “Studi Deskriptif Masalah Keamanan Dan Keselamatan Pada Asuhan Keperawatan Geriatri Pasca Stroke di Ruang Lantai 3 Utara RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO” dengan fokus masalah keamanan dan keselamatan maka dapat diperoleh kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Masalah keamanan dan keselamatan pada pasien geriatri pasca stroke adalah resiko jatuh yang berhubungan dengan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian.
2. Terdapat dua faktor resiko jatuh yang ditemukan yaitu intrinsik antara lain pasien memiliki riwayat stroke sudah satu bulan, pernah jatuh di kamar mandi tanggal 24 Januari 2025, pasien berusia 68 tahun, hasil TTV : TD 175/82 mmHg, N: 84X/menit, RR: 20x/ menit, Suhu 36.4°C, terpasang infus, sedangkan faktor ekstrinsik antara lain pasien kurang mengenali lingkungan sekitar, penggunaan alat bantu.
3. Peran keluarga dalam perawatan pada pasien geriatri pasca stroke adalah sebagai dukungan, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan informasi bagi pasien agar kondisi pasien lekas pulih

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Diharapkan dengan tersusunnya karya tulis ilmiah ini bagi pelayanan keperawatan dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada pasien pasca stroke sehingga tidak menyebabkan komplikasi yang lebih berat seperti kelumpuhan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan tersusunnya karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan referensi bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan mutu pendidikan dan diharapkan dapat dijadikan tambahan studi pustaka bagi institusi pendidikan tentang masalah keamanan dan keselamatan asuhan keperawatan geriatri pasca stroke.

3. Bagi Keluarga

Diharapkan dengan tersusunnya karya tulis ilmiah ini, keluarga pasien pasca stroke dapat lebih memahami peran penting mereka dalam proses pemulihan. Keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan emosional, membantu dalam aktivitas sehari-hari, serta memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan rehabilitasi. Dengan pengetahuan yang memadai, keluarga dapat menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung, sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan dengan tersusunnya karya tulis ilmiah ini, masyarakat dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya dukungan sosial bagi pasien pasca stroke. Masyarakat diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang inklusif dan mendukung, serta berpartisipasi dalam program edukasi dan rehabilitasi yang bertujuan untuk membantu pasien pasca stroke kembali berperan aktif dalam kehidupan sosial. Dengan demikian, masyarakat berkontribusi dalam upaya pencegahan komplikasi dan peningkatan kualitas hidup pasien pasca stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdu, S., Satti, Y. C., Payung, F., & Soputan, H. A. (2022). Analisis kualitas hidup pasien pasca stroke berdasarkan karakteristik. *Jurnal Keperawatan Florence Nightingale*, 5(2), 50-59.
- Agustanti,. et al. (2022). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Mahakarya Citra Utama Group. Jakarta
- Astuti, A., et al (2024). Buku ajar keperawatan gerontik. PT Nuansa Fajar Cemerlang. Jakarta
- Cahyati, Y., et al .(2022). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah DIII Keperawatan Jilid II. Mahakarya Citra Utama Group. Jakarta
- Erawan., et al. (2024). Buku Ajar Fisioterapi Geriatri Panduan Praktis Penatalaksanaan Fisioterapi. Nas Media Pustaka. Jawa Tengah
- Fabanyo., et al. (2023). Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Family Nursing Care). Penerbit NEM. Jawa Tengah
- Ferawati., et al .(2020). Stroke “Bukan Akhir Segalanya” Cegah Dan Atasi Sejak Dini. Penerbit GUEPEDIA. Jawa Barat
- Hasan., et al. (2023). Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat. Mahakarya Citra Utama Group. Jakarta
- Indriani., et al (2025). Pengantar Keperawatan Gerontik. Pradina Pustaka. Jawa Tengah
- Indriani., et al. (2025). Keperawata Medikal Bedah. Media Pustaka Indonesia. Jawa Tengah
- Iskandar., et al. (2023). Dasar Metode Penelitian. PT Cedekiawan Inovasi Digital Indonesia. Sulawesi Selatan
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024, Oktober 25). Cegah stroke dengan aktivitas fisik.
<https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan /cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik>

- Komariyah, S. (2025). Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Stroke Pada Lansia. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Bidang Ilmu Keperawatan" Optimal"*.
- Kuswiranto, L. R. (2022). Pengalaman Keluarga dalam Merawat Lansia Pasca Stroke di Indramayu. *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 299-307.
- Kusyani, & Khayudin. (2022). Asuhan Keperawatan Stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional. Penerbit GUEPEDIA. Jawa Barat
- Maghfuroh., et al. (2023). Asuhan Lansia Makna, Identitas, Transisi, dan Manajemen Kesehatan. Penerbit Kaizen Media Publishing. Jawa Barat
- Martini., et al. (2024). Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat. Mahakarya Citra Utama Group. Jakarta
- Rohayati, E. (2021). Keperawatan Dasar I : Buku Lovrinz Publishing. Penerbit LovRinz Publishing. Jawa Barat
- Ratanto., et al. (2023). Manajemen Patient Safety : Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Pasien. PT. Sonpedia Publishing Indonesia. Jambi
- Rustina., et al. (2025). Metodologi Penelitian Pendidikan Dan Sosial : Pedoman Praktis Bagi Peneliti Dan Akademisi. PT Adab Indonesia. Jawa Barat
- Sumarsih, G. (2023). Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Resiko Jatuh. CV Mitra Edukasi Negeri. Yogyakarta
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *SDKI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018) *SIKI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Jakarta.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *SLKI Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia, Jakarta.
- Umar, ernawati., et al. (2022). Buku ajar manajemen S1 Keperawatan Jilid II. Mahakarya Citra Utama Group. Jakarta
- Utami., et al. (2024). LANSIA CERDAS KELOLA OBAT. Penerbit Rizmedia Pustaka Indonesia. Yogyakarta
- Wardani., et al. (2023). Kebutuhan Dasar Manusia (KDM). Penerbit Rizmedia Pustaka Indonesia. Yogyakarta
- Yustilawati, & Musdalifah,. (2024). Konsep Dasar Keperawatan Kritis, Integrasi Keislaman & Asuhan Keperawatan Kasus Kritis (Sebuah Tawaran Gagasan Baru yang Kontekstual) - Jejak Pustaka. Jejak Pustaka. Yogyakarta