

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian ini dilakukan pada hari Kamis, Tanggal 03 Agustus 2023, jam 07.15 WIB di ruangan Kemuning, Rumah sakit RSUD. Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi secara autoanamnesa dan alloanamnesa.

1. Identitas pasien

- a. Nama : Ny.S
- b. Umur : 43 Th
- c. Alamat : Pulokulon
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Pendidikan : SD
- f. Agama : Islam
- g. Tgl.masuk : 02 Agustus 2023
- h. No. register : 0158xxxx
- i. Dx. Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Identitas penanggung jawab.

- a. Nama : Sulipah
- b. Umur : 42 th
- c. Alamat : Pulokulon
- d. Pendidikan : SD
- e. Pekerjaan : Ibu rumah tangga

f. Hub. Dengan klien : Adik ipar

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Klien mengatakan tangan dan kakinya ekstremitas bagian kiri terasa lemah susah untuk digerakan

b. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sebelum dibawa ke Rumah sakit merasa nyeri dibagian kepala yang hilang timbul sejak 1 bulan yang lalu, saat klien merasakan pusing kepala klien mengatakan selalu berobat ke puskesmas setelah di rawat di puskesmas pasien belum ada perubahan dari keluarga memutuskan utnuk membawa ke RS panti rahayu . Kemudian setelah 10 hari di RS Panti rahayu dibawa pulang saat hendak di bawa control pasien merasa lemes kembali dari keluarga memutuskan untuk membawa ke RSUD.Dr.R.Soedjati Soemodiardjo Purwodadi pada malam hari jam 23.00 Tanggal 02 Agustus 2023 yaitu klien mengeluh pusing dengan keadaan gelisah keluarga psien membawa pasien ke RSUD.Dr.R.Soedjati Soemodiardjo Purwodadi dan setelah sampai IGD klien mendapatkan penanganan TTV dengan hasil TD = 180/90 mmHg, frekuensi nafas = 24x/m S= 37,8 °C, frekuensi nadi = 121 x/m serta pemeriksaan Laboratorium dan pemeriksaan thorax. Selain itu klien mendapatkan terapi infus RL 20tts/m, obat inj piracetam 2 x 3 gr dan mecobalamin 1 x 3gr ,inf

paracetamol 500 mg/8 jam dan dipasang dc dan NGT . Kemudian klien dipindahkan ke ruang Kemuning Rumah sakit RSU.Dr.R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut klien dipindahkan diruang Kemuning dengan keadaan pusing, tangan dan kaki kiri lemah susah untuk digerakan klien juga mendapatkan penanganan TTV dengan hasil TD=180/90 mmHg, frekuensi nafas=24x/m, S=37,8°C, Frekunsi nadi=121 x/m serta mendapatkan terapi infus RL 20tts/m. Riwayat

c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan 3 minggu yang lalu pasien merasakan lemas kemudian di bawa ke puskesmas pulokulon untuk rawat inap selama 4 hari, setelah pulang masih lemas dan belum ada perubahan kemudian di bawa ke RS panti rahayu selama 6 hari setelah pulang dari panti rahayu selama 10 hari di rumah sakit mulai terasa kembali dan di bawa ke RSUD

d. Riwayat kesehatan keluarga

Istri klien mengatakan bahwa semua anggota keluarga tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi dan stroke serta tidak ada yang menderita penyakit menular dan menurun lainnya.

4. Pengkajian fungsional

Pengkajian pola fungsional ini menggunakan pengkajian pola fungsional menurut Virgina Henderson.

a. Pola bernafas

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan tidak pernah mengalami kesulitan bernafas sebelum sakit, pola nafas teratur dengan RR tidak terkaji
- 2) Selama sakit : klien mengatakan tidak merasa sesak dengan pola nafas teratur dan RR 20x/menit, sonor, bunyi nafas vasikuler tidak ada bunyi tambahan seperti ronchi atau weezing, klien tampak tidak menggunakan alat bantu nafas seperti oksigen.

b. Pola nutrisi dan metabolic

- 1) Sebelum sakit
 - a. Berat badan, tinggi badan dan index masa tubuh tidak terkaji.
 - b. Hemoglobin, trombosit, dan hematocrit tidak terkaji.
 - c. Klien mengatakan nafsu makan baik, mukosa bibir lembab dan mata tidak cekung
 - d. Klien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi dengan komposisi nasi setengah porsi, lauk ikan bandeng atau daging ayam, serta sayur-sayur, dimana sayur yang disukai oleh klien adalah sayur bayem dan kacang-kacangan, seperti kacang pajang selain itu klien mengatakan bahwa klien suka minum kopi di pagi hari dan minum air putih 5-6 gelas per hari.

2) Selama sakit

a. Antropometri

Berat badan = 48

Tinggi badan = 155

Indeks massa tubuh = 20

b. Biomecanical

Haemoglobin = 12,8

c. Clinical

Klien tampak lemas dengan mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis dan tidak cekung

d. Diet

Klien mengatakan makan 3x sehari dan habis $\frac{1}{2}$ porsi dengan diet yang diberikan dari rumah sakit. Klien minum air putih hanya 3-4 gelas .

c. Pola eliminasi

1) Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 1x sehari dengan

konsistensi fases lemek, bau khas, tidak ada darah atau lendir dan BAK 5-6 sehari dengan urin warna kuning jernih

2) Selama sakit : klien mengatakan selama di rs belum pernah

BAB dan BAK 2-3 kali sehari dengan urin warna kuning jernih.

d. Pola keseimbangan gerak

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan dapat bergerak dengan bebas, berjalan dengan mandiri secara seimbang dan melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan dengan kekuatan otot ekstermitas adalah 5.
- 2) Selama sakit : klien mengatakan tangan dan kaki tidak dapat bergerak dengan bebas karena tidak dapat menggerakan ekstremitas bagian kirinya

Tabel 3.1 ADL (*Activity Daily Living*)

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan			√		
Mandi			√		
Berpakaian			√		
Toileting			√		
Mobilisasi ditempat			√		
Berpindah			√		

Keterangan :

0 = mandiri

1= dibantu sebagian

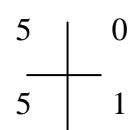
2=dibantu orang lain

3= dibantu orang lain dan alat

4= ketergantungan

Kesimpulan : seluruh aktivitas klien dibantu oleh orang lain

Kekuatan otot :



Keterangan :

0=otot sama sekali tidak bergerak

1.=sedikit bergerak.

2= mampu menahan gravitasi tanpa sentuhan akan jatuh.

3= mampu menahan berat walaupun sedikit didorong untuk jatuh tapi mampu melawan tahanan dan gerak .

4= kekuatan kurang dibandingkan sisi lain.

5= kekuatan utuh

e. pola istirahat dan tidur

- 1) sebelum sakit : klien mengatakan jarang tidur siang biasanya hanya tidur sebentar malam hari tidur selama 8 jam dan nyenyak
- 2) selama sakit : klien mengatakan sejak dirawat dirumah sakit tidur tidak nyenyak Karena badan lemas, tidur malam hanya 5-6 jam dan tidur siang sering terbangun karena kurang nyaman

f. pola mempertahankan temperatur tubuh

- 1) sebelum sakit : klien mengatakan memakai selimut dan berpakaian tebal ketika merasa dingin serta memakai pakaian tipis ketika cuaca panas.
- 2) Selama sakit : klien tampak memakai pakaian tipis yang mudah dilepas serta selimut karena merasa dingin.

g. Pola personal hygiene

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 1 kali sehari

- 2) Selama sakit : klien mengatakan dibantu oleh anak untuk menyibini belum pernah gosok gigi, belum pernah kramas

h. Pola komunikasi

- 1) Sebelum sakit : klien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas, klien berkomunikasi dengan bahasa jawa
- 2) Selama sakit : pasien dapat berkomunikasi dengan baik namun tampak lemas

i. Pola spiritual

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, klien mengatakan taat menjalani sholat 5 waktu .
- 2) Selama sakit : klien mengatakan tidak bisa solat seperti biasa Karena merasa masih sakit dan lemas klien hanya berdoa di tempat tidur

j. Pola berpakaian

- 1) Sebelum sakit : klien dapat berpakaian dan memilih pakaian secara mandiri, dimana klien dapat berganti pakaian 2x sehari ketika waktu pagi dan sore
- 2) Selama sakit : klien mengatakan bahwa dalam berpakaian dan mengganti pakaian dibantu oleh keluarganya dan klien tampak memakai baju seadanya.

k. Pola rasa aman dan nyaman

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman status kesehatanya berada di tengah tengah keluarganya.

- 2) Selama sakit : klien kelihatan tidak nyaman dengan status kesehatanya, dimana ekstermitas kiri sulit di gerakan.

Dengan pengkajian PQRST:

Palliative atau penyebab : Peningkatan tekanan intracranial

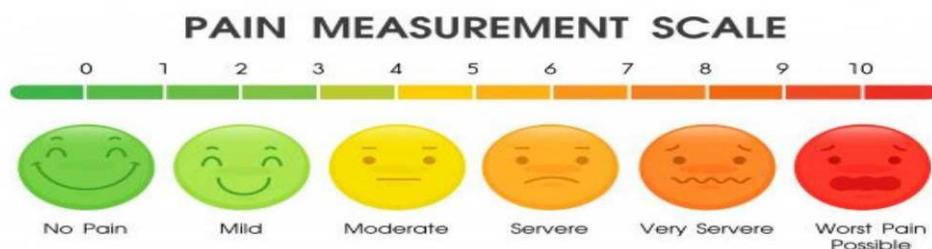
Quality atau kualitas : Cekot-cekot

Radiates atau penyebaran: Kepala

Severity atau keparahan : 6

Time atau waktu: Hilang timbul

Gambar 3.2 skala nyeri



l. Pola bekerja

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai petani dan ibu rumah tangga

- 2) Selama sakit : klien mengatakan tidak dapat beraktivitas seperti biasa

m. Pola rekreasi

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan cara menghilangkan kejemuhan dengan cara menonton tv dan ngeobrol dengan

tetangga atau mengikuti kegiatan lingkungan seperti tahlilan dan sebgainya

- 2) Selama sakit : klien mengatakan lemas dan tidak dapat beraktivitas, hanya bisa tiduran di kasur dan hanya bisa mengobrol dengan anak atau suami

n. Pola belajar

- 1) Sebelum sakit : klien mengatakan belum mengetahui tentang sakit yang dialami
- 2) Klien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang di derita, dan hal-hal yang harus di hindari untuk memperberat masalah yang dialami

5. Pemeriksaan fisik awal

a. Keadaan umum

- 1) Penampilan : lemah dan kacau
- 2) Kesadaran : comatosus
- 3) GCS : 13

b. Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah : 180/90
- 2) Respiratory rate : 24
- 3) Nadi : 121
- 4) Temperature : 37.8

c. Antropometri

- 1) Tinggi badan : 155
- 2) Berat badan : 48
- 3) Indeks massa tubuh : 20

d. Kepala

- 1) Bentuk : simetris mesocephal dan tidak ada lesi.
- 2) Rambut : penyebaran rambut rata, rambut warna hitam, klim kepala bersih dan tidak ada ketombe
- 3) Mata : simetris, konjungtiva tidak anemis 3mm, seklera tidak ikterik, kelopak mata cekung dan terdapat lingkaran hitam pada mata
- 4) Hidung : Tidak ada pembesaran polip dan tidak ada pernafasan cuping hidung, indra penciuman baik
- 5) Telinga : simetris, tidak ada penumpukan serumen fungsi pendengaran normal
- 6) Mulut : Tidak ada stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir kering dan tidak ada pembesaran tosil, gigi warna kuning .
- 7) Leher : fungsi pendengaran normal, tidak ada kelenjar tiroid tidak ada pembesaran vena jugularis

e. Dada

- 1) Paru-paru
 - a. Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada retraksi intercostal dan tidak ada lesi

- b. Palpasi : Vocal fremitus teraba kanan dan kiri,taktil vocal fremitus kanan dan kiri sama , tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.
 - c. Perkusi : bunyi sonor di lapang paru
 - d. Auskultasi : bunyi nafas vasikuler di seluruh lapang paru, tidak ada suara tambahan seperti ronchi wheezing.
- 2) Jantung
- a) Inspeksi : ictus cordis tidak tampak
 - b) Palpasi : ictus cordis teraba di ICS ke-5 cm lateral Sinistra dari line mid clavikula
 - c) Perkusi : suara terdengar pekak di ICS ke-5 cm lateral sinistra dari line mid clavikula
 - d) Auskultasi : Reguler S1 dan S2 (lub-dub) tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur di apex vebtrikel kiri
- 3) Abdomen
- a) Inspeksi : Perut tampak simetris , tidak ada benjolan, gerakan kulit pada abdomen ketika inspirasi dan ekspirasi normal.
 - b) Auskultasi : Peristaltic usus 16x/m
 - c) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - d) Perkusi : Bunyi timpani kuadran 2, 3,4,dan kuadran 1 bunyi pekak

- f. Genitalia : bersih, terpasang kateter
 - g. Anus : tidak ada lesi tidak ada benjolan
 - h. Ekstermitas :
 - a) Superior : ekstermitas superior sinistra mengalami hemipagia tidak ada kelainan bawaan dan tidak ada varises, tidak ada oedema, tangan kanan terpasang infus RL = 20 tts/m
 - b) Inferior : tidak ada kelainan bawaan, kaki kiri mengalami kelemahan (hemiparesis)
- Dengan kekuatan otot :

5	0
5	1

Keterangan :

0 = Otot sama sekali tidak bergerak

1 = Sedikit bergerak

2 = Mampu menahan gravitasi tanpa sentuhan akan jatuh.

3 = Mampu menahan berat walaupun sedikit di dorong untuk jatuh tapi mampu melawan

4 = Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 = Kekuatan utuh

- i. Kulit : turgor kulit jelek, tidak ada sianosis dan warna kulit sawo matang
 - j. Kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, turgor kulit jelek, kuku bersih warna putih kemerah, CRT 3 detik, kulit bersih ankral teraba hangat.
6. Pemeriksaan fisik akhir

Pemeriksaan dilakukan pada tanggal 03 oktober 2023.

- a. GCS : 13
- b. Pengkajian nervus kranial
 - 1) Olfaktorius(1) sensori terhadap bau-bauan.

Klien mengatakan mampu mengidentifikasi bau-bauan, seperti bau harum dan bau minyak kayu putih, dan lain-lainnya.

- 2) Optikus (II) ketajaman penglihatan

Klien dapat membuka dan menutup mata dengan perintah serta dapat menyebutkan jumlah jari tangan yang ditunjukan ketika pengkajian.

- 3) Okulomoris (III) motoric mengangkat bola mata.

Klien mampu menggerakan bola mata kanan dan kiri

- 4) Trochlearis (IV) motoric mengangkat bola mata ke samping kanan dan kiri

- 5) Abdusen (VI) saraf motoric, deviasi mata ke lateral

- 6) Trigeminus (V) sensori

Klien dapat membuka mulut, suara tidak pelo dan dapat berkomunikasi dengan baik.

- 7) Facialis (VII) motoric otot-otot ekspresi wajah termasuk otot dahi, sekeliling mata dan mulut, klien dapat tersenyum dan dapat memejamkan mata.
- 8) Vestibulokoklearis (VII) sensori pendengaran dan keseimbangan , klien dapat mendengarkan kata-kata yang diucapkan, mampu mengikuti intruksi dari perawat.
- 9) Glosofaringeus (IX) saraf sensori dan motoric untuk sensasi rasa.

Klien mampu membedakan berbagai macam-macam rasa seperti manis,asam,pahit dan asih.

- 10) Vagus (X) saraf sensori, motoric, reflek muntah, dan menelan.

Klien mampu menelan makanan, mampu mengeluarkan lida.

- 11) Asesorius (XI) saraf motoric, untuk menggerakan bahu dan kepala.

- 12) Hipoglossus (XII) motoric gerakan lidah

Klien mampu mengeluarkan dan memasukan lidah kembali selain itu juga bisa menggerakan lidah.

7. Pemeriksaan penunjang

1. Hasil laboratorium

Nama : Ny. S

Tgl pemeriksaan : 03 agustus 2023 09:48 WIB

Pemeriksaan	Metode	Hasil	satuan	Harga Normal
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	Cyamet HB	12.8	g/dL	12.0-14.0
Jumlah Leukosit	Standart	-22000	/uL	4000-10000
Trombosit	Analyzer	276000	/uL	150000/400000
Eritrosit		4.19	10^6/uL	3.9-5.2
KIMIA				
KLINIK				
GDS	Stick	166	mg/dl	70-140
Cholesterol	COD-PAP	172	mg/dl	<200
Total				
Triglycerid	GPO-PAP	372	mg/dl	<200

8. Pemeriksaan CT scan

9. Terapi

Tanggal : 03 agustus 2023

Tanggal: 1

4 Oktober 2022

Tabel. 3.4 Terapi Obat

No	Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Cairan	20tts/m	IV	Mengembalikan infus RL keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi dan syok hipovolemik

Piraceta m	3x3 gram	IV	Berfungsi untuk mengobati kondisi mioklonus, gejala involusi pada lansia, mengatasi alkoholisme kronik dan kecanduan, serta membantu dalam memulihkan gejala pasca trauma
3. Citicoli n	1x250 gram	IV	Memperbaiki sirkulasi darah pada otak akibat stroke iskemik
4. Amplod ipin	1x10 mg (1 tab)	Oral	Mengatasi hipertensi dan serangan angina
5. Paracet amol	1x5000 mg(1)	Iv	Untuk mengobati hipertensi atau tekanan darah tinggi, angina, dan gagal jantung.

B. ANALISA DATA

Nama : Tn. S

Umur : 43 Th

No. Rm : 0158****

Ruangan : Kemuning

No	Hari dan tanggal	Data fokus	Problem	Ttd
1	Kamis 03/08/23	Ds: klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri lemah susah digerakan Do : a. Klien tampak lemah dan	Ganguan mobilitas fisik (D.0054)	

		<p>dibantu keluarga ketika berpindah</p> <p>b. Ekstremitas inferior sinistra mengalami hemiparesis</p> <p>c. Ekstremitas superior sinistra mengalami hemiplegia</p> <p>d. Kekuatan otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;"> </td><td style="padding: 2px;">0</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td><td style="padding: 2px;">—</td><td style="padding: 2px;">1</td></tr> </table>	5		0	5	—	1		
5		0								
5	—	1								
2	Kamis 03/08/23	<p>Ds :</p> <p>klien mengatakan pusing kepala berat dengan nilai :</p> <p>P:Peningkatan tekanan intracranial</p> <p>Q : cekot-cekot</p> <p>R :kepala</p> <p>S:6</p> <p>T: hilang-timbul</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak memegang kepala b. Klien tampak kacau c. Klien tampak meringis d. TTV= <p>Td : 180/90 mmHg</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>N : 100x/m</p> <p>S : 37 °C</p>	<p>Nyeri krooni</p> <p>s (D.0078)</p>							
3	Kamis 03/08/23	Ds: klien mengatakan merasa sakit kepala berat yang disertai dengan pusing	Resiko pefusi							

		<p>Do :</p> <p>a. TTV = TD=180/90 mmHg RR=20x/m N= 100x/m T=37°C</p> <p>b. Klien mengalami hemiparesis pada ekstremitas superior sinistra Klien mengalami hemiplegia pada ekstremitas inferior sinistra.</p>	serebral tidak efektif	
4	Kamis 03/08/23	<p>Ds :</p> <p>a. Klien mengatakan jatuh dari kursi di depan rumah b. Klien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemah susah untuk digerakan</p> <p>Ds :</p> <p>a. Ektremitas superior sinistra mengalami hemiplegia dengan kekuatan 0 Ektremitas inverior sinistra mengalami hemiparesesis dengan kekuatan</p>	Resiko jatuh (D.0143)	

C. Diagnose keperawatan

No	Hari/tgl	Dx. Keperawatan	Tgl. Teratasi	Ttd
1	Kamis 03/08/2023	, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (D.0054)		Atika
2	Kamis 03/08/2023	, Nyeri kronis berhubungan dengan penikatan tekanan veskuler (D.0077)		Atika
3	Kamis 03/08/2023	, Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi (D.0017)		Atika
4	, kamis 14/10/2022	Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan kelemahan menurun (D.0077)		Atika

D. Intervensi keperawatan

Table 3.7 Intervensi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Tujuan SLKI	SIKI	SIKI
			Intervensi mayor	Intervensi disarankan
1.	kamis 03/08/23	<p>Setelah dilakukan asuhakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas(05042) fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penggerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan ambulasi (1.05173)</p>	<p>meningkatkan aktivitas berpindah Tindakan : Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan

				<p>mobilisasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan ROM (jika perlu) c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobolisasi dini <p>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk</p>
--	--	--	--	---

				ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur pindah dari tempat tidur ke kurs a.
2.	kamis 03/08/23	Nyeri ekstremitas menurun Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun Tekanan darah menurun	Managemen nyeri (1.08238)	Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan : Observasi : a. Indentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, indentifikasi nyeri b. Mengindentifikasi skala nyeri c. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal d. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

				<p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, tens, hypnosis, akupresur, terapi music, terapi music.terapi pijatb. Fasilitasi istirahat dan tidur.c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi :</p>
--	--	--	--	---

				<p>a. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>b. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>d. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu</p>
3	kamis 03/08/23	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi Serebral (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325)	<p>Definisi :</p> <p>Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam kranial</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p>

				<ul style="list-style-type: none">a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK(mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)b. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK(mis, tekanan darah meningkat,)c. Monitor MAPd. Monitor CPVe. Monitor PAWPf. Monitor PAPg. Monitor ICPh. monitor status pernapasani. Monitor intake dan out put cairanj. Monitor cairan serebro spinalis <p>Teraeutik :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Minimalkan stimulus dengan
--	--	--	--	---

				<p>menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>b. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>c. Berikan posisi semi fowler</p> <p>d. Hindari penberian iv hidroponik</p> <p>e. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>b. Kolaborasikan pemberian sedasi atau konvulsa (jika perlu)</p> <p>c. Kolaborasikan pemberian diuretic osmosis (jika perlu)</p> <p>kolaborasikan pelunak tinja (jika perlu)</p>
--	--	--	--	--

4	kamis 03/08/23	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jatuh dari tempat tidur menurun b. Jatuh saat berdiri menurun c. Jatuh saat berjalan menurun d. Jatuh saat berjalan menurun e. Jatuh saat dikamar mandi menurun 	Pencegahan jatuh (I.14540)	<p>Definisi :</p> <p>Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis, usia >65 th, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan skeseimbangan, gangguan penglihatan). b. Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang
---	-------------------	---	----------------------------	---

				<p>meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluargab. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkuncic. Tempatkan pasien resiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dan <i>nurse station</i>
--	--	--	--	--

				Edukasi : a. Anjurkan memamggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah b. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh c. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	--	--	--

E. Implementasi Keperawatan

No dp	Hari/tgl/jam	Tindakan	Respon Hasil	TT D
1	Kamis 03/08/23 Jam 07.00 WIB	1. Memberikan obat oral - Amplodipin (10 mg) - Bisoprolol (5 mg)	Ds : klien mengatakan siap untuk meminum obat Do : klien tampak meminum obat	
1, 3	Jam 07.05 WIB	2. Memberikan obat oral - Amplodipin (10 mg) - Bisoprolol (5 mg)	Ds : klien mengatakan siap diberikan terapi inj. Do : klien tampak kooperatif	
2	Jam 08.00 WIB	3. Memberikan terapi ROM pasif/aktif	Ds : klien mengatakan siap untuk mengikuti arahan dari perawat Do : klien tampak kooperatif	
1, 3	Jam 09.00 WIB	4. Mengkaji nyeri secara	Ds : P: tekanan	

		<p>komprehensif dari lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan TTV.</p>	<p>intracranial Q : cekot- cekot R : kepala S : 6 T: hilang timbul Do : klien tampak kacau, meringis dan memegang kepalanya dengan hasil pemeriksaan TTV TD: 180/90 mmHg RR :24x/m N : 121x/m T : 37.8 °C</p>	
1	Jam 09:25 WIB	5. Mengkaji riwayat masa lalu	Ds: klien mengatakan sebelum menderita penyakit stroke non hemoragik klien juga mengatakan punya riwayat	

			hipertensi sejak 3 minggu yang lalu. Do : -	
3	Jam 09.45 WIB	6. Mengajarkan teknik distraksi relaksasi	Ds : pasien mengatakan siap untuk mengikuti arahan perawat Do: klien tampak nyaman saat mengikuti arahan yang diajarkan oleh perawat	
1, 3	Jam 10:00 WIB	7. Memberikan kompres hangat pada bagian leher klien.	Ds: klien mengatakn siap mengikuti arahan dari perawat Do : Pasien tampak meringis saat diberikan tindakan oleh perawat	
2	Jam 11:00 WIB	8. Mengkaji kekuatan otot	Ds : klien bersedia untuk dilakukan	

		pemeriksaan kekuatan otot dan mengikuti arahan dari perawat Do :kekuatan otot superior dan inferior dextra adalah 5 dan kekuatan otot superior sinistra =0(hemiplegia) serta kekuatan otot inferior sinistra =1(hemiparesis)	
1, 3	Jam 12.00 WIB	9. Memberikan inj.peracetam	Ds : klien mengatakan siap diberikan inj. Do : klien kooperatif
2	Jam 13.00 WIB	10. Memberikan terapi ROM pasif	Ds : klien mengatakan siap untuk di berikan terapi

			Rom Do: pasien tampak tenang saat di berikan terapi.	
2	Jam 14.00 WIB	11. Membantu klien alih baring	Ds : klien mengatakan bersedia untuk melakukan alih baring Do : klien tampak nyaman	
1	Jumat 04/08/23 07.00 WIB	1. Memberikan obat oral - Aplodipin (10 mg) - Bisoprosol (10 mg)	Ds : klien mengatakan siap untuk meminum obat Do : klien tampak meminum obat	
1, 3	07.05 WIB	2. Memberikan inj. IV - Piracetam (3 gram) Citicolin (250 gram)	Ds : klien mengatakan siap diberikan inj Do : klien tampak kooperatif	

2	07.30 WIB	3. Memberikan terapi ROM pasif	Ds : klien mengatakan siap untuk mengikuti arahan dari perawat Do : klien tampak kooperatif	
1	08.00 WIB	3. Mengkaji ttv	Ds : Do : TD: 160/90 mmHg RR : 20x/m N : 98 x/m S : 37 ⁰ C	
1, 3	10.00 WIB	Mengkaji nyeri	Ds : klien mengatakan sakit kepala sudah berkurang P : tekanan intracranial Q : cekot-cekot R : kepala S : 5 T : hilang timbul Do : klien	

			tampak lemas dan masih meringis	
3	10.30	3. Mengajarkan klien terkait relaksasi dan distraksi	Ds : klien mengatakan bersedia mengikuti arahan dari perawat Do : klien tampak rileks	
1, 3	11.00	3. Memberikan kompres hangat pada bagian leher klien	Ds : klien mengatakan bersedia mengikuti arahan dari perawat Do : klien Tampak kooperatif	
1	12.45	3. Memberikan inj.IV Piracetam	Ds : klien mengatakan bersedia untuk diberikan inj Do : klien kooperatif	

2	13.30	Mengajarkan ROM pasif	Ds : keluarga mengatakan siap memasang pengaman tempat tidur klien Do :	
4	14,00	Meminta keluarga untuk memasang pengaman saat tidur	Ds : keluarga klien mengatakan akan menjaga keamanan klien sehingga tidak ada kejadian resiko jatuh Do : keluarga kooperatif	
1	Sabtu 04/08/2023 07:00 WIB	1. Memberikan obat oral - Amplodipin (10 mg) - Bisoprosol (5 mg)	Ds : klien mengatakan siap minum obat Do : klien tampak meminum obat	
1, 3	07.05	2. Memberikan program terapi inj.IV	Ds : klien mengatakan	

		<ul style="list-style-type: none"> - Piracetam (3 gram) - Citicoline (250 gram) 	<p>siap diberikan inj Do : klien tampak kooperatif</p>	
2	07.45	3. Memberikan terapi ROM pasif	<p>Ds : klien mengatakan siap mengikuti arahan dari perawat Do : klien kooperatif</p>	
1, 3	08.00	4. Mengkaji nyeri secara komperashif	<p>Ds : klien mengatakan nyeri berkurang P : tekanan intracranial Q : cekot-cekot R : kepala S : 4 T : hilang timbul</p>	
1	09: 30 WIB	5. Melakukan TTV	<p>Ds : klien mengatakan siap dilakukan ttv Do : TTV</p>	

			TD = 149 / 90mmHg RR = 20 x/m N = 96 x/m S = 36,8 ⁰ C	
2	09.45	6. Mengkaji tekanan otot	Ds : klien mengatakan belum tempat berpindah dengan mandiri dan aktivitas masih dibantu keluarga Do : kekuatan otot ekstremitas inferior dan superior dextra adalah 5 dan kekuatan otot ekstremitas superior sinistra lemah tidak bisa digerakan	
2	11.00	7. Memberikan program terapi ROM pasif	Ds : pasien mengatakan siap di berikan terapi ROM Do : pasien	

			tampak kooperatif	
1	13.00	8. Memberikan terapi inj.IV piracetam (3 gram)	Ds : klien mengatakan siap diberikan inj Do : klien kooperatif	
3	14.00	9. Mengajarkan teknik distraksi	Ds : klien mengatakan siap mengikuti arahan dari perawat Do : klien kooperatif	

F. Evaluasi Keperawatan

Table 3.9 evaluasi keperawatan

No	Hari/tgl/jam dp	Evaluasi	Ttd
1	kamis 03/08/23 08.30 WIB	<p>S : Klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang serta sudah tidak terasa pusing</p> <p>P : tekanan intracranial</p> <p>Q: cekot-cekot</p> <p>R : kepala</p> <p>S: 3</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O : - klien tidak meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan TTV, yaitu TD :180/90 mmHg N:121 x/m RR: 24x/m S : 37,8 °C - Klien masih mengalami hemiparesis pada ekstremitas superior sanistra - Klien mengalami hemiplegia inferior sinistra <p>A: Ketidakefektifan perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nilai tingkat nyeri klien dengan skala nyeri 1-10 - Observasi tingkat nyeri 	atika

2	kamis 03/08/23 08.30 WIB	S : klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit digerakan sehingga segala aktivitas seperti berpindah, makan, mengganti pakaian masih dibantu oleh keluarga. O : a. Klien tampak masih dibantu oleh keluarga ketika berpindah dan beraktivitas b. Kekuatan otot ekstremitas superior dan inferior dexstra dan sinistra adalah 5 dan kekuatan otot superior sinistra 0 dan kekuatan otot inferior sinistra 1.	Atika
4	kamis 03/08/23 08.00 WIB	S : klien mengatakan tidak pernah jatuh selama dirawat di rumah sakit. O : Keluarga sudah menunjukan perilaku pencegahan terjadinya kejadian jatuh pada klien A: resiko jatuh belum teratasi P : pertahankan intervensi yaitu minta keluarga untuk tinggal bersama klien untuk mencegah resiko jatuh. - Observasi tingkat resiko jatuh	Atika
3	Jumat 04/08/23 08.30 WIB	S : klien mengatakan nyeri berkurang kepala dan tidak pusing lagi P= Tekanan intracranial Q= cekot-cekot	

R= Kepala

S=3

T=hilang timbul

O :

- a. Klien tidak meringis, penampilan sudah tidak kacau
- b. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 130/115 mmHg N : 80 x/m RR: 20x/m S: 36,7 °C
- c. Klien sudah mampu mengontrol nyeri

A: nyeri belum teratasi

P : Pertahankan intervensi

- Observasi tingkat nyeri

1. Jumat S : Klien mengatakan tidak pusing dan nyeri kepala

04/08/23 O :

08:45 WIB

- Klien tidak meringis lagi
- Kesadaran coposmetis
- Pemeriksaan TTV yaitu TD= 130/100 mmHg, N= 85 x/m,S =36,9 °C RR= 21 x/m

A: ketidakseimbangan gangguan serebral belum teratasi

P : pertahankan intervensi

		- Monitor TTV
2. Jumat 04/08/23	S : Klien mengatakan masih dibantu oleh keluarganya ketika akan berpindah posisi serta aktivitas O : klien tampak masih dibantu oleh keluarganya ketika berpindah - Kekuatan otot ekstremitas superior dan inferior dexstra dan sanistra adalah 5 dan kekuatan otot superior sanistra 0 dan kekuatan otot onferior sinistra 1 A : gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjut intervensi - Pemberian terapi ROM pasif/aktif	
3. Jumat 04/08/23	S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri kepala dan tidak pusing sudah mengetahui dan memahami terkait cara mengontrol nyeri sesuai dengan ajaran perawat O : - klien tidak meringis - Hasil pemeriksaan TTV yaitu TD = 130/95 mmHg, N = 105 x/m RR = 20x/m S = 36,9 °C - Klien mampu mengontrol nyeri sesuai dengan arahan perawat A : nyeri sudah teratasi P : pertahankan intervensi - kaji nyeri secara komprehensif	

1	Sabtu 05/08/2023	S : klien mengatakan sudah tidak pusing dan nyeri kepala O : <ul style="list-style-type: none">- Kesaadaran coposmetis- TTV yaitu TD = 125/95 mmHg, N= 97 x/m RR=20 x/m S= 36,8 °C A: ketidakefektifan gangguan serebral teratasi P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none">- TTV
2	Sabtu . 05/08/23	S : klien mengatakan berpindah posisi atau semua aktivitas masih dibantu oleh keluarganya O : - klien tampak masih dibantu oleh keluarganya <ul style="list-style-type: none">- Kekuatan otot ekstremitas superior dan inferior dextra dan sinistra adalah 5 dan kekuatan otot superior sinistra 1 dan kekuatan otot inferior sinistra 2- Hasil pemeriksaan TTV, yaitu TD = 135/90 mmHg, N= 95 x/m, RR= 20x/m S= 36,4 °C A= terjadi peningkatan mobilitas P= Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan pemberian terapi ROM

3 Sabtu S: klien mengatakan sudah tidak pusing lagi dan nyeri sudah berkurang

05/08/23 P = tekanan intracranial

Q = cekot-cekot

R = kepala

S = 2

T = hilang timbul

O :

a. Klien tidak meringis dan sudah tidak kacau

b. Hasil ttv yaitu TD= 130/95 mmHg, N= 90 x/m RR= 20 x/m S=36,7 °C

A= Masalah belum teratas

P= pertahankan intervensi

- Observasi tingkat nyeri
