

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Data umum

1. Kepala keluarga (KK) : Ny S
2. Umur : 54 thn
3. Alamat : Dsn Krajan Desa Tanggungharjo 2/1
4. Pekerjaan KK : ibu rumah tangga
5. Pendidikan KK : SD
6. Komposisi keluarga :

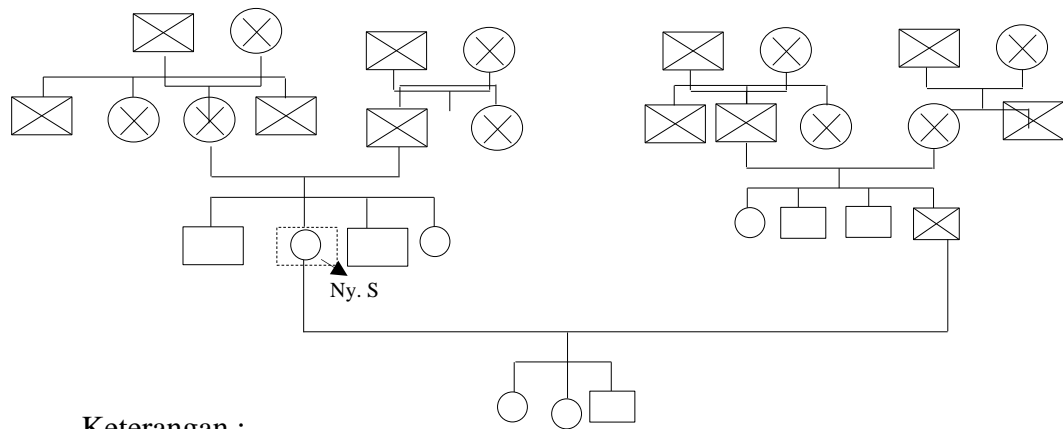
a. Tabel komposisi keluarga

No	Nama	JK	Hub kel kk	Pend	Status imunisasi										Ket		
					BC G	Polio				DPT			Hepati tis			Ca mp ak	
						1	2	3	4	1	2	3	1	2			3
1	Ny S	P	KK	SD	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	Seha t	







b. Status imunisasi

Status imunisasi keluarga lengkap

c. Genogram



Keterangan :

-  = Laki-laki Meninggal
-  = Perempuan Meninggal
-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Tinggal Serumah
-  = Pasien

7. Tipe keluarga

Tipe keluarga dari ny.s adalah the single parent family yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang (ibu) dengan anak, hal ini terjadi karena kematian.

8. Suku/bangsa

Keluarga klien merupakan asli suku jawa. Keluarga klien terkadang menggunakan jasa pelayanan tradisional seperti meminta kerokan/dipijat saat terkena masuk angin. Semua anggota keluarga menggunakan bahasa jawa. Perilaku dan kebiasaan seperti meminta kerokan/pijatan tidal beresiko munculnya masalah kesehatan karena ketika keluarga klien merasa bugar ketika selesai dikerok/dipijat.

9. Agama

Islam. Klien mengalami kesulitan untuk beribadah dimushola karena sedikit kesulitan untuk bergerak namun klien rutin beribadah sholat 5 waktu dirumah.

10. Status sosial ekonomi keluarga

Ny S adalah seorang ibu rumah tangga dan pemaukan di berikan oleh anaknya karena Ny S sedang sakit, dan pemasukan yang diberikan anaknya tersebut cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari.

11. Aktivitas rekreasi keluarga

Bentuk kegiatan rekreasi yang dilakukan oleh anggota keluarga Ny. S adalah menonton TV dan mengobrol bersama. Keluarga Ny. S menyadari betapa pentingnya bahwa kegiatan tersebut merupakan suatu kebutuhan untuk mendukung kesehatan.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga Ny S saat ini yaitu keluarga usia petengahan dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga Ny S yang belum terpenuhi yaitu mempertahankan kesehatan

c. Riwayat kesehatan inti

Ny. S mempunyai riwayat penyakit stroke sejak 2 thn yang lalu dan mengalami kelemahan anggota gerak bagian kiri khususnya bagian kaki. Ny S juga sering sakit kepala.

d. Riwayat kesehatan sebelumnya

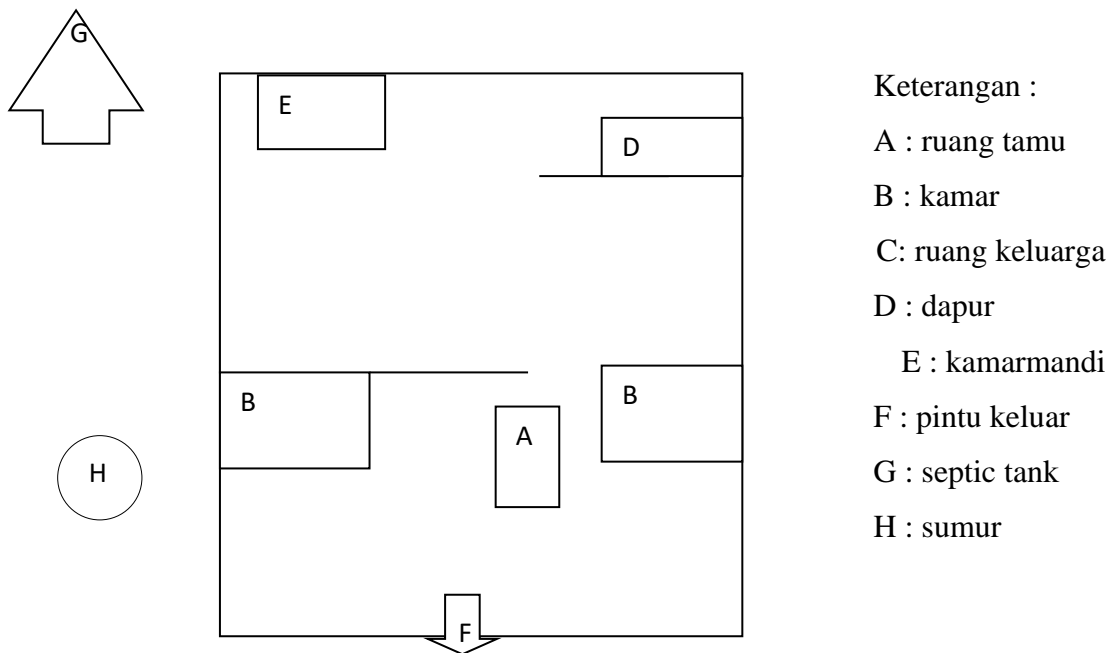
Ny S mengatakan pernah dirawat dirumah sakit selama 6 hari karena stroke. Kemudian setelah membaik klien dibawa pulang oleh keluarga.

3. Data lingkungan

a. Karakteristik rumah

1) Denah rumah

Gambar 3.1 Denah Rumah



2) Karakteristik lingkungan rumah

Keadaan lingkungan rumah keluarga Ny. S menggambarkan tidak banyak suara kebisingan karena rumah berada di pinggiran desa yang cukup jauh dari lalu lintas jalan raya. Ventilasi sudah sesuai karena di ruang tamu terdapat jendela dan setiap kamar memiliki jendela. Lantai rumah dibuat peluran yang terkadang jika menyapu masih menimbulkan debu/polusi. Tidak pernah terjadi kerusakan pada listrik. Tidak ada anggota keluarga yang merokok jadi anggota keluarga jarang bersinggungan dengan perokok. Suhu didalam ruangan rumah cukup hangat, tidak terdapat bau menyengat di dalam rumah. Adanya hewan-hewan di dalam rumah seperti nyamuk langsung dibasmi menggunakan obat nyamuk, sedangkan untuk kecoa, lalat dan tikus dibasmi menggunakan obat serangga.

Setiap anggota keluarga menjaga kehygienisan didalam rumah jadi jarang terkena infeksi atau gangguan.

Data Subyektif :

Anggota keluarga Ny. S tidak mengalami kesulitan saat membersihkan dan menjaga kebersihan rumahnya. Mereka membagi tugas untuk melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci pakaian, dll.

b. Karakteristik tetangga

Keluarga Ny. S tinggal di sebuah desa, berdampingan dengan para tetangga, jalan rayanya sudah bagus, tidak terdapat lingkungan industri di sekitar rumah Ny. S dan sanitasi saluran pembuangan air disepanjang jalan baik. Terdapat pelayanan kesehatan dasar yang ada yaitu puskesmas, praktik dokter/perawat/bidan, dan apotek.

c. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Ny. S tinggal di Desa T +/- 50 tahun, kegiatan mobilitas sehari – hari menggunakan alat bantu..

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga Ny. S sangat memandang penting sebuah komunitas. Keluarga Ny. S menjalin interaksi yang baik dengan komunitasnya.

e. Sistem pendukung keluarga

Ketika ada anggota keluarga Ny. S yang sakit maka segera dibawa kedokter terdekat.

4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Keluarga Ny. S sehari – hari menggunakan bahasa jawa. Ny S mengatakan bahwa jika ada masalah

b. Struktur kekuatan keluarga

Dalam pengambilan keputusan keluarga Ny S selalu memutuskan secara bersama – sama dan musyawarah dari semua anggota keluarga. Yang mengatur dan mengelola keuangan keluarga, yang menentukan tempat berobat apabila ada anggota keluarga yang sakit adalah Ny s

c. Struktur peran

Ny. S sebagai kepala keluarga yang tidak bekerja

d. Nilai dan norma keluarga

Keluarga Ny S sangat mengedepankan nilai dan norma dalam keluarga. Hal ini tidak ada suasana yang tidak nyaman dalam keluarga Ny S

5. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Anggota keluarga Ny. S saling mengasihi satu sama lain. Saling memenuhi kebutuhan satu sama lain dan saling mendukung.

b. Fungsi sosial

Ny. S mengatakan bahwa selalu mengajarkan dan menanamkan perilaku sosial yang baik kepada anggota keluarganya seperti menyapa apabila bertemu tetangga dekat serta menyempatkan diri untuk mengikuti perkumpulan yang ada di masyarakat. Selain itu mengikuti gotong royong juga ditanamkan oleh keluarga sebagai kewajiban dengan masyarakat yang lain.

c. Fungsi perawatan keluarga

1) Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

a) Mengetahui masalah kesehatan

Anggota keluarga Ny. S belum mengetahui tentang praktik kesehatan dasar, mampu mengungkapkan keinginan untuk mengatasi dan menangani penyakit. Memiliki perhatian pada penyakit ketika ada anggota keluarga yang terjangkit.

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Keluarga Ny. S mampu menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat, mampu membuat pilihan dalam ketidakefektifan hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan. Mampu memenuhi kebutuhan terkait pengobatan atau pencegahan penyakit.

- c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 Keluarga Ny. S mampu bertanggung jawab untuk memenuhi praktik kesehatan dasar. Keluarga Ny. S juga mampu saling merawat ketika ada anggota keluarganya yang sakit.
- d) Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat
 Keluarga Ny. S mampu menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan
- e) Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan
 Keluarga Ny. S mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Kebutuhan nutrisi keluarga
 Keluarga Ny. S mengkonsumsi asupan makanan pada malam hari, terlihat penggunaan makanan sebagai tindakan menyenangkan. Anggota keluarga sering makan sambil menonton TV dan bercengkrama bersama-sama. Tidak terdapat tanda-tanda malnutrisi pada anggota keluarga Ny. S
 - 1) Kebiasaan tidur, istirahat dan latihan
 Dalam keluarga Ny. S yang terkadang mengeluh susah tidur jika penyakit hipertensi yang dideritanya kambuh.
 Kebiasaan olahraga seperti jalan kaki di pagi hari sering dilakukan oleh anggota keluarga Ny. S
- e. Fungsi reproduksi
 Dalam keluarga Ny. S tidak terdapat perempuan yang sedang hamil atau mempersiapkan kehamilan.
- f. Fungsi ekonomi
 Anggota keluarga Ny. S tidak boros dalam membelanjakan penghasilannya, sehingga tidak menggambarkan pengeluaran yang lebih besar daripada pemasukan

6. Stress dan koping keluarga

a. Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Ny. S mengatakan tidak ada masalah atau stressor yang membuat keluarganya menghadapi stress jangka pendek maupun jangka panjang

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap sensor

Anggota keluarga Ny. S mampu mengidentifikasi pengalaman yang megoptimalkan kesejahteraan untuk mengatasi stress. Keluarga Ny. S juga menghendaki apabila diadakan promosi kesehatan dalam menyelesaikan masalah,

c. Strategi koping yang digunakan

Keluarga Ny. S mengatakan apabila mengalami masalah yang dirasa sangat berat maka mereka akan memecahkan secara bersama-sama, dibicarakan Bersama kemudian dicari jalan keluarnya. Dan anggota keluarga saling menghormati keputusan masing-masing.

d. Strategi adaptasi disfungsional

Dalam keluarga Ny. S tidak terdapat anggota keluarga yang menggunakan strategi adaptasi yang disfungsional seperti kekerasan, perlakuan kejam ataupun ancaman dan pengabaian.

7. Pemeriksaan fisik tiap individu keluarga

Pemeriksaan fisik Ny S

a. Keadaan umum

- 1) Penampilan : lemah dan kacau
- 2) Kesadaran : composmentis
- 3) GCS : 15 E=3,V=5, M=6

b. Tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah : 160/90 mmHg
- 2) Respiratory Rate : 20x/m
- 3) Nadi : 100x/m
- 4) Temperatur : 36,5⁰C

c. Antropometri

- 1) Tinggi badan : 155 cm

2) Berat badan : 65 kg

3) Index massa tubuh : 27,1

d. Kepala

1) Bentuk : Simetris, masocephal dan tidak ada lesi.

2) Rambut : Penyebaran rambut rata, rambut warna hitam, rambut lurus, kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

3) Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor dengan diameter 3mm, sclera 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 menelan normal, tidak ada kelenjar teroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

e. Dada

1) Paru-paru

a) Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada retaksi 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) Aukultas: : Bunyi nafas vesikuler diseluruh lapang paru, tidak ada suara tambahan seperti ronchi dan 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 2 di 2 cm lateral sinistra dari sentrum sampai 2 cm dari midclavikula, di ICS ke 3 di 1 cm lateral dekstra dari line midckavikula
- d) Auskultasi : Reguler S1 dan S2 (lub-dub) tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur di apeks 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. Genetalia : bersih, tidak terpasang katater.

g. Anus : tidak ada lecet dan tidak ada benjolan.

h. Ekstremitas :

- a) Superior : tidak ada kelainan bawaan dan tidak ada varises, tidak ada oedema, tangan kiri tidak dapat digerakan (hemiplegia)
- b) Inferior : tidak ada kelainan bawaan, tidak ada varises, tidak oedema, kaki kiri mengalami kelemahan (hemiparesis).

Dengan kekuatan otot :

5	4
5	2

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 : tugor kulit jelek, tidak ada sianosis dan warna kulit sawo matang.
- j. Kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, tugor kulit jelek, kuku bersih berwarna putih kemerahan, CRT 3 detik, kulit bersih dan akral klien hangat.

8. Harapan Keluarga

Keluarga Ny. S berharap dengan adanya penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh mahasiswa, keluarganya menjadi tahu tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya dan cara menanganinya serta agar tidak terjadi komplikasi di kemudian hari.

9. Diagnosa keperawatan keluarga

a. Analisa dan sintesa data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Hari/tgl	Data fokus	Dx keperawatan	TTD
1	Senin, 21 agustus 2023	Ds : klien mengatakan sering sakit kepala pada pagi hari dan malam hari Do : - TD : 160/90 mmhg N : 100 x/menit RR : 22 x/menit CRT : 3 detik - Terdapat kelemahan otot (hemiplegi) di bagian kiri	Gangguan perfusi jaringan serebral	

2	Senin, 21 agustus 2023	<p>Ds : klien mengatakan anggota gerak sebelah kiri mengalami kelemahan dan sulit untuk digerakkan khususnya kaki kiri</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kaki kiri sulit digerakkan - Kekuatan otot kaki kiri 2 - Klien bergerak menggunakan alat bantu 	Gangguan mobilitas fisik
3	Senin, 21 agustus 2023	<p>Ds : keluarga klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan tidak tahu bagaimana merawat penyakit yang diderita Ny S</p> <p>Do : keluarga dan klien tampak bingung saat dilakukan pengkajian mengenai penyakitnya</p>	Defisit pengetahuan

b. Penilaian (scoring) diagnosa keperawatan

1) Gangguan perfusi jaringan serebral

Tabel 3.3 scoring gangguan perfusi jaringan serebral

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
a. Sifat masalah				Masalah sudah terjadi dengan tanda dan gejala Ny S sakit kepala
1) Actual	3	1	$1/3 \times 3 = 1$	
2) Resiko	2			
3) Potensial	1			
b. Kemungkinan masalah dapat diubah				Gangguan perfusi terjadi karena gangguan aliran darah arteriserebral salah satu faktornya adalah hipertensi namun bias dikendalikan dengan farmakologi dan relaksasi
1) Mudah	2	2	$1/2 \times 2 = 1$	
2) Sebagian	1			
3) Tidak dapat	0			

Potensial masalah untuk dicegah	3	1	$1/3 \times 3 = 2/3$	Gangguan perfusi jaringan dapat dikendalikan namun itu hanya bersifat sementara karena permasalahan utamanya di dalam pembuluh darah otak yang mungkin membutuhkan penanganan intensif
1) Tinggi	2			
2) Cukup	1			
3) Rendah				
d. Menonjolnya masalah				Ny S mengeluh sakit kepala pada pagi hari dan malam hari karena ketidakmampuan mengenal masalah stoke
1) Masalah berat harus segera ditangani	2 1 0	1	$2/2 \times 2 = 1$	
2) Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani				
3) Masalah tidak dirasakan				
TOTAL SCORE			3 2/3	

2) Gangguan mobilitas fisik

Tabel 3.4 scoring gangguan mobilitas fisik

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
a. Sifat masalah				Salah satu gejala klinis stroke adalah hemiplegia dan merupakan hambatan klien dalam beraktifitas dan beresiko menimbulkan komplikasi lebih lanjut
1) Actual	3	1	$1/3 \times 3 = 1$	
2) Resiko	2			
3) Potensial	1			

b. Kemungkinan masalah dapat diubah				Dari 50 % penderita stroke akan mengalami cacat selamanya
1) Mudah	2	2	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	
2) Sebagian	1			
3) Tidak dapat	0			
c. Potensial masalah untuk dicegah	3	1	$\frac{1}{3} \times 2 = \frac{2}{3}$	Stroke merupakan penyakit motor-neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volenter terhadap gerakan motoric yang harus mendapatkan psikoterapi teratur namun Ny S tidak teratur berobat
1) Tinggi	2			
2) Cukup	1			
3) Rendah				
d. Menonjolnya masalah				Keluarga sangat gelisah dengan keadaan Ny S yang tidak dapat beaktifitas secara normal
1) Masalah berat harus segera ditangani	2	1	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami penurunan mobilitas
2) Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1			
3) Masalah tidak dirasakan	0			
TOTAL SCORE			3 $\frac{1}{3}$	

3) Defisit pengetahuan

Tabel 3.5 scoring defisit pengetahuan

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
A. Sifat masalah				Masalah ini
1) Actual	3	1	$\frac{1}{3} \times 2 = \frac{1}{3}$	merupakan ancaman
2) Resiko	2			kesehatan jika
3) Potensial	1			

				tidak ditanggapi maka akan mengganggu kesehatan klien yaitu kurangnya pengetahuan yang dapat menyebabkan kondisi klien semakin memburuk
B. Kemungkinan masalah dapat diubah				Dapat memperbaiki informasi kepada anggota keluarga tentang masalah dapat diatasi dengan tuntas
1) Mudah	2	2	$1/2 \times 2 = 1$	
2) Sebagian	1			
3) Tidak dapat	0			
C. Potensial masalah untuk dicegah	3	1	$1/3 \times 2 = 2/3$	Masalah sudah sangat dirasakan klien namun karena kurangnya pengetahuan hanya dibiarkan saja
1) Tinggi	2			
2) Cukup	1			
3) Rendah				
D. Menonjolnya masalah				Masalah ini tidak dirasakan namun harus segera ditangani agar klien dan keluarga dapat memahami kemudian merealisasikan karena ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit
1) Masalah berat harus segera ditangani	2 1 0	1	0	
2) Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani				
3) Masalah tidak dirasakan				
TOTAL SCORE			$1 \frac{4}{3}$	

c. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.6 Diagnosa keperawatan

No Dx	Diagnosa keperawatan	Skor
I	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	3 2/3
II	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	3 1/3
III	Defisit pengetahuan b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	1 4/3

d. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi keperawatan

No dx	Hari/tgl	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
I	Selasa, 22 agustus 2023	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x kunjungan diharapkan masalah gangguan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : a. Klien tidak merasa pusing (5) b. Tekanan darah sistolik dan distolik normal c. Nyeri ekstremitas menurun (5)	Observasi : a. Mengkaji status neurologis secara teratur dan bandingkan dengan nilai standar (mis, GCS) b. Mengkaji fungsi sensorik dan motoric Terapeutik : a. Membatasi gerakan yang tidak dibutuhkan b. Memberikan teknik nonfarmakologis	a. Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial b. Untuk mengetahui fungsi sensorik dan motoric pada otak a. Untuk mencegah terjadinya resiko cedera yang dialami klien b. Maneuver vasalva dapat meningkatkan TIK dan

			(kompres hangat)	memperbesar resiko perdarahan
			Kolaborasi :	a. Dengan indikasi klien yang mengalami hipertensi
			a. Berikan anti hipertensi	
II	Selasa, 22 agustus 2023	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x kunjungan diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi :	
		a. Penggerakan ekstremitas meningkat (5)	a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	a. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan lain pada klien
		b. Kekuatan otot meningkat (5)	b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	b. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi
		c. Rentang gerak (ROM) meningkat (5)	c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	c. Untuk mengetahui kondisi umum pasien
			Terapeutik :	
			a. Berikan teknik nonfarmakologis (rendam air hangat)	a. Untuk membantu kesembuhan klien
			b. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu	b. Untuk memfasilitasi kebutuhan alat yang diperlukan klien
			Edukasi :	
			a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	a. Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi
			b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	b. Untuk mempercepat penyembuhan
				c. Agar klien mampu

			c. Ajarkan mobilisasi sederhana	melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri
III	Selasa, 15 agustus 2023	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x kunjungan diharapkan masalah defisit pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : a. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) b. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat (5) c. Kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat (5)	Observasi : a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai anjuran c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi	a. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dan keluarga menerima informasi b. Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat a. Bertujuan untuk memberikan informasi tentang penyakit yang diderita b. Untuk memberikan informasi tentang penyakit klien c. Untuk memastikan tidak ada materi yang tidak dipahami oleh klien dan keluarga a. Untuk pencegahan klien terhadap penyakit b. Untuk tindakan mandiri dalam merawat anggota

uhi	keluarga	yang
kesehatan	sakit	

b. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat

e. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8 implementasi keperawatan

No dx	Hari/tgl/jam	Implementasi	Evaluasi formatif	TTD
I,II,III	Senin, 21 agustus 2023 10.00 WIB	Mengkaji keluhan utama	Ds : - Klien mengatakan sering sakit kepala pada saat pagi dan malam hari - Klien sulit menggerakkan anggota tubuh bagian kiri dan mengalami kelemahan - Klien dan keluarga tidak tahu tentang penyakit dan bagaimana merawat penyakit yang diderita Do : - Terdapat kelemahan otot pada kaki bagian kiri - Kekuatan otot 2	Lita

I,II,III			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak kaki kiri sulit digerakkan - Klien tampak berjalan menggunakan alat bantu 	
	10.15 WIB	Melakukan pemeriksaan ttv	Ds : klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan ttv Do : <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/90 mmhg - N : 100x/menit - RR : 22x/menit 	Lita
I				
I	Rabu,23 agustus 2023 10.00 WIB	Membatasi gerakan yang tidak dibutuhkan	Ds : klien mengatakan bersedia untuk membatasi gerak Do : klien kooperatif	Lita
II	10.20 WIB	Memberikan kompres hangat pada bagian leher klien	Ds : klien mengatakan bersedia diberikan kompres hangat Do : klien tampak meringis saat dilakukan tindakan	
II	10.25 WIB	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Ds : klien mengatakan tidak pusing Do : klien kooperatif	
II	10.30	Memberikan terapi rendam air hangat	Ds : klien mengatakan bersedia untuk dilakukan rendam air hangat Do : klien kooperatif	
III	10.50 WIB	Memonitor kondisi klien selama dilakukan terapi rendam air hangat	Ds : klien mengatakan nyaman saat dilakukan rendam air hangat Do : klien tampak tenang saat dilakukan rendam air hangat Ds : klien mengatakan mengerti terkait arahan	
	10.05	Menganjurkan klien untuk	Do : klien kooperatif	

I,II,III		beristirahat dan beraktivitas secara bergantian	Ds : klien mengatakan bersedia untuk dibeikan penkes dan terapi rendam air hangat	
	11.00 WIB	Kontrak waktu untuk penkes dan terapi rendam air hangat selanjutnya	Do : klien dan keluarga menjadwalkan terapi selanjutnya	
I,II,III			Ds : klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan ttv	
	Kamis, 24 2023	Melakukan pemeriksaan ttv	Do : - TD : 140/90 mmhg - N : 100 x/menit - RR :22 x/menit	Lita
I			Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan kompres hangat	
	09.00 WIB	Melakukan kompres hangat pada bagian leher	Do : pasien kooperatif	
II			Ds : klien mengatakan bersedia diberikan rendam air hangat	
	09.05 WIB	Melakukan rendam air hangat pada kaki	Do : klien kooperatif	
II			Ds : klien mengatakan nyaman ketika diberikan rendam air hangat	
	09.30 WIB	Memonitor kondisi klien ketika diberikan rendam air hangat	Do : klien kooperatif	
III			Ds : klien mengatakan bersedia diberikan edukasi	
	09.45	Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi	Do : klien kooperatif	
III			Ds : klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan oleh petugas	
	09.50	Memberikan penkes tentang stroke	Do : klien tampak mendengarkan materi yang disampaikan oleh petugas	
			Ds : klien mengatakan mengerti apa yang disampaikan petugas	

III	10.00	Memberikan kesempatan untuk bertanya	Do : klien tampak bertanya kepada petugas Ds : klien mengatakan bersedia diberikan rendam air hangat Do : klien kooperatif
II	Jumat, 25 agustus 2023	Melakukan rendam air hangat pada kaki	Ds : klien mengatakan bersedia
II	09.00		Do : klien kooperatif
I	09.20	Melakukan kompres hangat pada bagian leher	Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan ttv
I,II,III	09.35	Melakukan pemeriksaan ttv	Do : - TD :130/90mmhg - N : 98 x/menit - RR : 20 x/menit

f. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9 evaluasi keperawatan

No dx	Hari/tgl	Evaluasi	TTD
I	Jumat, 25 agustus 2023	S : klien mengatakan sudah tidak terasa pusing O : - TD : 130/90 Mmhg - N : 98 x/menit - RR : 20 x/menit A : masalah gangguan perfusi jaringan serebral teratasi P : hentikan intervensi	Lita
II	Jumat, 25 agustus 2023	S : klien mengatakan mampu berpindah posisi sedikit secara mandiri dan aktivitas masih dibantu keluarga O : - Klien tampak masih dibantu oleh keluarga - Kekuatan otot kaki kiri 3 A : terjadi peningkatan mobilisasi P : lanjutkan intervensi pemberian rendam air hangat	Lita
III			Lita

Jumat, 25 agustus 2023	S : klien dan keluarga mengatakan sudah tahu tentang penyakit yang dialami dan bagaimana merawat penyakit tersebut O : klien tampak mengerti A : masalah defisit pengetahuan teratasi P : hentikan intervensi
------------------------------	--
