

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TH.W DENGAN STROKE NON HEMORAGIK  
MELALUI FOKUS INTERVENSI HEAD UP POSITION 30° UNTUK  
MENINGKATKAN PERFUSI SEREBRAL DI RUANG STROKE  
RSPAD GATOT SOEBROTO TAHUN 2019**

Nama Mahasiswa : KKI AMANDA F  
 NIM : 20180305030  
 Tempat praktik : R-STROKE RSPAD Gatot Soebroto  
 Tanggal Pengkajian : 27-06-2019

**A. Identitas****1. Identitas Klien**

Nama : Tn. W ..... (D/P)  
 Tempat/tgl lahir : 23-06-1947 .....  
 Golongan darah : A/O/B/AB  
 Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3  
 Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu  
 Suku : Tionghoa (China)  
 Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)  
 Pekerjaan : tidak bekerja  
 Alamat : Jl. Kalibaru No. 123 RT 07 RW 02 Kramat-Senen  
 Diagnosa medik :  
 g) SNH cc DM, HT Tanggal : 16-6-19  
 h) ..... Tanggal : .....  
 i) ..... Tanggal : .....

**2. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Tn. H  
 Umur : 27 th.  
 Jenis kelamin : L  
 Agama : Kristen Protestan  
 Suku : Tionghoa (China)  
 Hubungan dgn pasien : Anak  
 Pendidikan terakhir : S1  
 Pekerjaan : Wiraswasta  
 Alamat : Jl. Kalibaru No. 123 RT 07 RW 02 Kramat Senen

**D. Status Kesehatan****1. Status kesehatan saat ini**

a. Alasan masuk rumah sakit: Tn.W diantar oleh keluarganya ke IGD RSPAD Gatos Soebroto pada tanggal 16 Juni 2019 dengan penurunan kesadaran sudah 3 hari sebelum masuk RS. Sebelumnya pasien sempat tidak mau makan dan mual

b. Keluhan utama:

Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mampu berbicara

- c. Faktor pencetus : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan DM
- d. Lamanya keluhan : Hipertensi sudah  $\pm$  20 tahun yang lalu, DM  $\pm$  1 tahun yang lalu
- e. Timbulnya keluhan: (  bertahap ) ( ) mendadak
- f. Factor yang memperberat : pasien memiliki penyakit hipertensi, DM, hiperkolesterol, obesitas.

## 2. Status kesehatan masa lalu

A. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

Hipertensi dan DM

B. Kecelakaan

C. Pernah dirawat:

1) Penyakit : DM

2) Waktu : 2017

3) Riwayat Operasi : -

## 3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Ditambahkan dengan genogram)

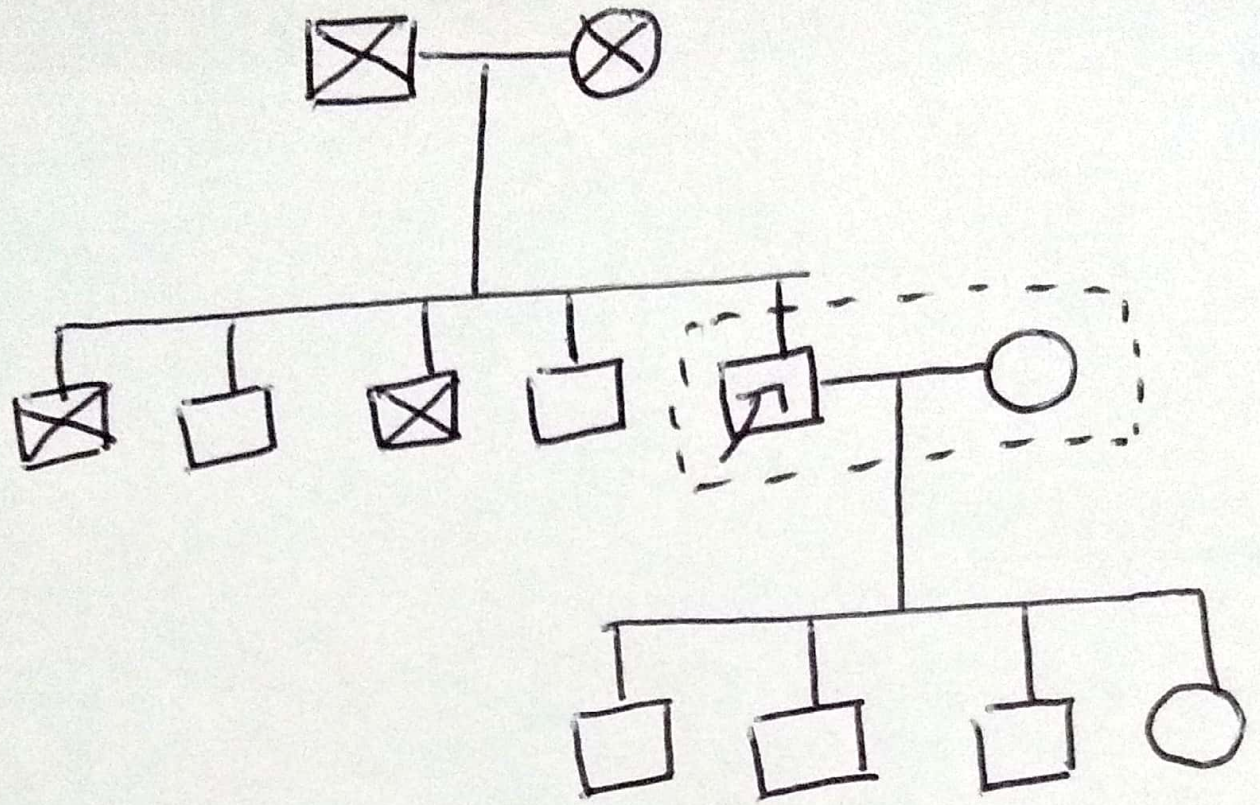
Ayun pasien memiliki penyakit DM

## C. Pengkajian pola fungsi dan pemeriksaan fisik

### 1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- a. bPersepsi tentang kesehatan diri Sebelum sakit, <sup>dirawat</sup> pasien kadangkala menten takan perasaan cemasnya pada istrinya terkait penyakitnya
- b. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya Menurut keluarga, pasien menyadari bahwa memiliki penyakit hipertensi dan DM yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke
- c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
- 1) Kebiasaan diit yang adekuat, diit yang tidak sehat? Sebelum masuk RS, keluarga mengatakan bahwa pasien tidak menjaga makanannya (diit tidak sehat)
  - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi keluarga menga takan pasien jarang sekali untuk kontrol rutin penyakitnya.
  - 3) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
    - a) Yang dilakukan bila sakit keluarga mengatakan saat pasien sakit ia biasanya berobat
    - b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit? Klinik
    - c) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/alkohol/rokok/kopi/kebiasaan olahraga)  
Merokok : 2 <sup>batsing</sup> pak/hari, lama : 10 tahun (sudah berhenti  $\pm$  6 bulan)  
Alkohol : ..... lama : .....  
Kebiasaan olahraga, jenis : ..... frekwensi : .....

# GENOGRAM



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

X : Meninggal dunia

↗ : pasien

----- : tinggal serumah

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	Amlodipine Novorapid	1x5 mg 3x8 unit	Pasien tidak konsumsi obat rutin.

d. Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1) Penghasilan .....
- 2) Asuransi/jaminan kesehatan ..... BPJS KJS
- 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal .....

2. Nutrisi, cairan & metabolic

a. Gejala (subyektif)

- 1) Diit biasa (tipe) : *nutrien diabetik 3x250 ml (7 st)* jumlah makan per hari : *3x*
- 2) Pola diit : *asupan per NGT* makan terakhir : *habis 1 porsi*
- 3) Nafsu/selera makan : ..... Mual : (✓) tidak ada  
( ) ada, waktu .....
- 4) Muntah : (✓) tidak ada ( ) ada, jumlah .....
- Karakteristik .....
- 5) Nyeri ulu hati : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Karakter/penyebab .....
- 6) Alergi makanan : (✓) tidak ada ( ) ada .....
- 7) Masalah mengunyah/menelan : ( ) tidak ada  
(✓) ada, jelaskan *pasien terpasang NGT*
- 8) Keluhan demam : (✓) tidak ada ( ) ada,  
jelaskan .....
- 9) Pola minum/cairan : jumlah minum .....  
cairan yang biasa diminum .....
- 10) Penurunan bb dalam 6 bulan terakhir : (✓) tidak ada  
( ) ada, jelaskan .....

b. Tanda (obyektif)

- 1) Suhu tubuh : *36,2* °C  
Diaphoresis : (✓) tidak ada ( ) ada,  
jelaskan .....
- 2) Berat badan : *90* kg, tinggi badan : *168* cm IMT : *32,114 kg/m<sup>2</sup>*  
Turgor kulit : *baik* tonus otot : *lemah pada anggota gerak kanan*
- 3) Edema : (✓) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik .....
- 4) Ascites : (✓) tidak ada ( ) ada,  
jelaskan .....
- 5) Integritas kulit perut .....
- Lingkar abdomen : ..... cm
- 6) Distensi vena jugularis : (✓) tidak ada ( ) ada,

- .....  
 jelaskan .....
- 7) Hernia/masa : () tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik .....
- 8) Bau mulut/halitosis : () tidak ada  
 ( ) ada .....
- 9) Kondisi mulut gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :  
 gigi tumpul menguning .....

### 3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernapasan

#### a. Gejala (subyektif)

- 1) Dispnea : ( ) tidak ada () ada, jelaskan pasien menggunakan alat bantu nafas .....
- 2) Yang meningkatkan/mengurangi sesak .....
- 3) Pemajanan terhadap udara berbahaya .....
- 4) Penggunaan alat bantu : ( ) tidak ada  
 () ada ... O<sub>2</sub> nasal 2 lpm .....

#### b. Tanda (obyektif)

- 1) Pernafasan : frekwensi 24 x/m kedalaman dalam .....
- Simetris .. simetris .....
- 2) Penggunaan alat bantu nafas : O<sub>2</sub> nasal 2 lpm .....
- nafas cuping hidung tidak ada .....
- 3) Batuk : .....
- sputum (karakteristik sputum) kuning, kental .....
- 4) Fremitus : .....
- bunyi nafas : ronchi .....
- 5) Egofoni : .....
- sianosis : .....

### 4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri) dan latihan

#### a. Gejala (subyektif)

- 1) Kegiatan dalam pekerjaan pasien tidak bekerja .....
- 2) Kesulitan/keluhan dalam aktivitas
- a) Pergerakan tubuh kelemahan pada anggota gerak kanan .....
- b) Kemampuan merubah posisi ( ) mandiri  
 () perlu bantuan, jelaskan pasien memerlukan bantuan karena menga  
 tami kelemahan .....
- c) Perawatan diri (mandi, mengenakan pakaian, bersolek, makan, dll)  
 ( ) mandiri () perlu bantuan, jelaskan perlu dibantu karena mengalami  
 kelemahan .....
- 3) Toileting (BAB/BAK) : ( ) mandiri, () perlu bantuan,  
 Jelaskan pasien menggunakan pampers .....
- 4) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada  
 ( ) ada, jelaskan .....
- 5) Mudah merasa kelelahan : () tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- Toleransi terhadap aktivitas : () baik ( ) kurang, jelaskan .....

#### b. Tanda (obyektif)

- 1) Respon terhadap aktifitas yang teramati .....
- 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) tidak ada .....
- 3) Penampilan umum
- a) Tampak lemah : ( ) tidak () ya, jelaskan pasien bed rest .....

- b) Kerapian berpakaian ..... *kurang rapi* .....
- 4) Pengkajian neuromuskuler  
 Masa/tonus : *Tangan dan kaki kanan tidak mampu menekuk sendi* .....  
*refleks masih ada* .....  
 Kekuatan otot : *2/5* .....  
 Rentang gerak : *Tangan dan kaki kanan tidak mampu mengangkat* .....  
 Deformasi : *tidak ada* .....
- 5) Bau badan ..... *tidak ada* bau mulut ..... *tidak ada* .....  
 Kondisi kulit kepala ..... *agak kotor* .....  
 Kebersihan kuku ..... *bersih* .....

## 5. Istirahat

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Kebiasaan tidur ..... *pasien tidak ada kesulitan tidur* .....  
 Lama tidur ..... *± 7 jam* .....
- 2) Masalah berhubungan dengan tidur  
 a) Insomnia : (  ) tidak ada ( ) ada  
 b) Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (  ) tidak ada ( ) ada,  
 Jelaskan .....  
 c) Lain-lain, sebutkan ..... - .....

### b. Tanda (obyektif)

- 1) Tampak mengantuk/mata sayu : (  ) tidak ada ( ) ada, jelaskan  
 .....
- 2) Mata merah : (  ) tidak ada ( ) ada  
 3) Sering menguap : (  ) tidak ada ( ) ada  
 4) Kurang konsentrasi : (  ) tidak ada ( ) ada

## 6. Sirkulasi

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung'  
 d) Riwayat edema kaki : (  ) tidak ada ( ) ada,  
 Jelaskan .....  
 2) Flebitis ..... - ..... ( ) penyembuhan lambat  
 3) Rasa kesemutan ..... - .....  
 4) Palpitasi ..... - .....

### b. Tanda (obyektif)

- 1) Tekanan darah : ..... *158/90* mmHg  
 2) Mean Arteri Pressure/ tekanan nadi ..... *112, 7* mmHg  
 3) Nadi/pulsasi :  
 a) Karotis : ..... *98 x/m* .....  
 b) Femoralis : .....  
 c) Popliteal : .....  
 d) Jugularis : .....  
 e) Radialis : .....  
 f) Dorsal pedis : .....  
 g) Bunyi jantung : ..... *normal/murni* frekuensi : ..... *98 x/m* .....  
 Irama : ..... *reguler* kualitas : ..... *kuat* .....

- 4) Friksi gesek : ..... murmur : .....
- 5) Ekstremitas, suhu : ..... °C warna : sama dengan sekitarnya
- 6) Tanda homan : .....
- 7) Pengisian kapiler : baik
- Varises : ..... phlebitis : .....
- 8) Warna : membran mukosa : baik bibir : lembab, sianosis ⊖
- Konjungtiva : unguemissklera : uniktengk
- punggung kuku : sianosis ⊖

## 7. Eliminasi

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Pola BAB : frekuensi : ~~set~~ 1 hari konsistensi : setengah padat.
- 2) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu misal : terpasang kolostomi/ileostomy) :  
tidak ada
- 3) Kesulitan BAB konstipasi :  
tidak ada
- Diare : tidak ada
- 4) Penggunaan laksatif :  tidak ada ( ) ada, jelaskan
- 5) Waktu BAB terakhir :  
tadi pagi
- 6) Riwayat perdarahan :  
-
- Hemoroid : -
- 7) Riwayat inkontinensia alvi :  
-
- 8) Penggunaan alat-alat : misalnya pemasangan kateter :  
-
- 9) Riwayat penggunaan diuretik :  
-
- 10) Rasa nyeri/rasa terbakar saat BAK :  
-
- 11) Kesulitan BAK :  
-

### b. Tanda (obyektif)

- 1) Abdomen
- a) Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan : tidak ada
- b) Auskultasi : bising usus : 8 x / m... bunyi abnormal  tidak ada ( ) ada, jelaskan
- c) Perkusi
- (1) Bunyi tympani  tidak ada ( ) ada

Kembung : (  ) tidak ada ( ) ada  
 (2) Bunyi abnormal (  ) tidak ada ( ) ada  
 Jelaskan

2) Palpasi :

a) Nyeri tekan : tidak ada  
 Nyeri lepas : tidak ada  
 b) Konsistensi : lunak/keras

Massa : (  ) tidak ada ( ) ada  
 Jelaskan

c) Pola BAB : konsistensi setengah padat  
 Warna : normal  
 Abnormal : (  ) tidak ada ( ) ada  
 Jelaskan

d) Pola BAK : dorongan :

Frekuensi : ..... retensi : tidak ada

e) Distensi kandung kemih : (  ) tidak ada ( ) ada  
 Jelaskan

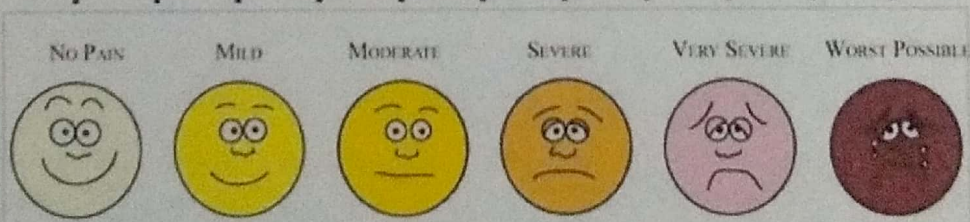
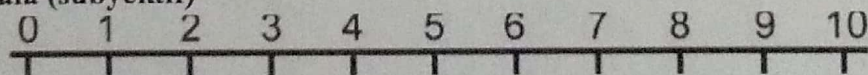
f) Karakteristik urin :

Jumlah : + 1500 cc/hari bau : -

g) Bila terpasang colostomy atau ileostomy : keadaan

### 8. Neurosensori dan kognitif

#### a. Gejala (subyektif)



1) Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri) .....

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)

R = region/tempat (lokasi sumber & penyebarannya) .....

S = severity/tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10) .....



T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

2) Rasa ingin pingsan/pusing (  tidak ada ( ) ada  
Jelaskan

3) Sakit kepala : lokasi nyeri  
Frekuensi

4) Kesemutan/kebas/kelemahan (lokasi) -  
5) Kejang (  tidak ada ( ) ada  
Jelaskan

Cara mengatasi

6) Mata : penurunan penglihatan ( ) tidak ada

(  ada, jelaskan adanya penurunan penglihatan terkait faktor usia .

7) Pendengaran : penurunan pendengaran (  tidak ada ( ) ada  
Jelaskan

8) Epistaksis : (  tidak ada ( ) ada  
Jelaskan

#### b. Tanda (obyektif)

1) Status mental

Kesadaran : (  composmentis, (  apatis, ( ) somnolen, ( ) spoor, ( ) koma

2) Skala koma glasgow (gcs) : respon membuka mata (e) ..... 3 .....

Respon motorik (m) ..... 5 ..... respon verbal ..... afasia

3) Terorientasi/disorientasi : waktu ..... terorientasi tempat ..... terorientasi

Orang ..... terorientasi

4) Persepsi sensori : ilusi ..... tidak ada ..... halusinasi ..... tidak ada

Delusi ..... tidak ada afek ..... baik ..... jelaskan ..... -

5) Memori : saat ini

Masa lalu ..... -

6) Alat bantu penglihatan/pendengaran (  tidak ada ( ) ada, sebutkan ...

7) Reaksi pupil terhadap cahaya :

ka/ki ..... +/+

Ukuran pupil

2/2

8) Fascial drop ..... bagian kanan postur

Reflek  
Tangan dan kaki kiri refleks ⊕

tangan dan kaki kanan refleks hipoaaktif / lemah

# PENGKAJIAN NEUROLOGIS

1. Tingkat kesadaran : Apatis (GCS : E3 M6 Vapasia)

Nilai GCS	Tingkat kesadaran
15-14	Composmentis
13-12	Apatis
11-10	Delirium
9-7	Somnolen
6-5	Sopor
4	Semikoma
3	Koma

## 2. Pengkajian Nervus

↳ Ditemukan adanya facial drop, gangguan menelan

No	Nervus	Fungsi
1.	Olfaktori	Saraf sensorik, untuk pentiuman
2.	Optikus	Saraf sensorik, untuk penglihatan
3.	Oculomotoris	Saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontriksi pupil dan sebagian gerakan ekstrakuler
4.	Trochlearis	Saraf motorik, gerakan mata kebawah dan kedalam
5.	Trigeminus	Saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, refleks kornea dan refleks kedip
6.	Abduksen	Saraf motorik, gerakan mata ke lateral
7.	Facialis	Saraf motorik untuk ekspresi wajah
8.	Auditorius	Saraf sensorik untuk pendengaran dan keseimbangan
9.	Glosafaringeus	Saraf sensorik dan motorik - sensasi rasa
10.	Vagus	Saraf sensorik & motorik, refleks muntah & menelan
11.	Aksesoris	Saraf motorik, menggerakkan bahu
12.	Hipoglosus	Saraf motorik, untuk gerakan lidah

## 3. Pengkajian Kekuatan Otot

$$\frac{2/5}{2/5}$$

⇒ Tangan kanan : Tidak mampu melawan gravitasi

⇒ Tangan kiri : Mampu menahan tekanan berat

⇒ Kaki kanan : Tidak mampu melawan gravitasi

⇒ Kaki kiri : Mampu menahan tahanan berat

## 4. Pengkajian Refleks

1. Bisep +/++

2. Trisep +/++

3. Brachioradialis +/++

4. Patella +/++

5. Achilles +/++

9) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada ( ) ada, menjaga area sakit

Respon emosional .....penyempitan fokus .....

## 9. Keamanan

### a. Gejala (subyektif)

1) Alergi : (catatan agen dan reaksi spesifik) .....

2) Obat-obatan :

tidak ada .....

3) Makanan :

tidak ada .....

4) Faktor lingkungan :

tidak ada .....

a) Riwayat penyakit hubungan seksual : () tidak ada ( ) ada, jelaskan .....

b) Riwayat transfusi darah .....riwayat adanya reaksi transfusi .....

5) Kerusakan penglihatan, pendengaran : () tidak ada ( ) ada, sebutkan .....

6) Riwayat cedera () tidak ada ( ) ada, sebutkan .....

7) Riwayat kejang () tidak ada ( ) ada, sebutkan .....

### b. Tanda (objektif)

1) Suhu tubuh ..... $38,2$ ..... $^{\circ}\text{C}$  diaforesis .....

2) Integritas jaringan

baik .....

3) Jaringan parut () tidak ada ( ) ada, jelaskan .....

4) Kemerahan pucat () tidak ada ( ) ada, jelaskan .....

5) Adanya luka : luas ..... kedalaman .....

Drainase prulen .....

Peningkatan nyeri pada luka .....

6) Ekimosis/tanda perdarahan lain .....

7) Faktor resiko : terpasang alat invasive ( ) tidak ada () ada, jelaskan .....

Infus NaCl 0,9% .....

8) Gangguan keseimbangan ( ) tidak ada () ada, jelaskan .....

ada kelemahan pada bagian tubuh kanan .....

- 9) Kekuatan umum ..... lemah ..... tonus otot ..... lemah pada bagian tubuh kanan .....  
Parese atau paralisa ..... bagian tubuh sebelah kanan .....

## 10. Seksual dan reproduksi

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual  
.....
- 2) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi ( fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)  
.....
- 3) Permasalahan selama aktivitas seksual ( ) tidak ada ( ) ada, jelaskan  
.....
- 4) Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis  
.....  
Gangguan prostat  
.....
- 5) Pengkajian pada perempuan
  - a) Riwayat menstruasi (keturunan, keluhan)  
.....
  - b) Riwayat kehamilan  
.....
  - c) Riwayat pemeriksaan ginekologi misal pap smear  
.....
  - d) .....  
.....

### b. Tanda (obyektif)

- 1) Pemeriksaan payudara/penis/testis  
.....
- 2) Kutil genital, lesi  
.....

## 11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Faktor stres  
keluarga mengatakan pasien kadang cemas dengan penyakit DM nya .  
.....
- 2) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu) ....  
diskusi dengan keluarga .  
.....
- 3) Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)  
mencari solusi  
.....
- 4) Upaya klien dalam menghadapi masalahnya sekarang..... diskusi dengan keluarga .  
.....
- 5) Perasaan cemas/takut : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

6) Perasaan ketidakberdayaan (  tidak ada ( ) ada, jelaskan

7) Perasaan keputusasaan (  tidak ada ( ) ada, jelaskan

8) Konsep diri

a) Citra diri :

b) Ideal diri :

c) Harga diri :

d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas :

e) Konflik dalam peran :

**b. Tanda (obyektif)**

1) Status emosional : (  ) tenang, ( ) gelisah, ( ) marah, ( ) takut, ( ) mudah tersinggung

2) Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah  
*ekspresi wajah tenang*

**12. Interaksi social**

**a) Gejala (subyektif)**

1) Orang terdekat & lebih berpengaruh

*Istri*

2) Kepada siapa pasien meminta bantuan bila mempunyai masalah

*keluarga*

3) Adakah kesulitan dalam keluarga hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan, (  tidak ada ( ) ada, sebutkan

4) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehata, klien lain : (  tidak ada ( ) ada

Sebutkan

**b) Tanda (obyektif)**

1) Kemampuan berbicara : ( ) jelas, (  ) tidak jelas

Tidak dapat dimengerti ..... afasia *pasien tidak mampu bicara*

2) Pola bicara tidak biasa/kerusakan

*pasien tidak mampu bicara*

3) Penggunaan alat bantu bicara

- 4) Adanya jaringan laringaktomi/trakeostomi  
tidak ada
- 5) Komunikasi non verbal/verbal dengan keluarga/orang lain  
baik (ada)
- 6) Perilaku menarik diri : (✓) tidak ada ( ) ada  
Sebutkan

### 13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

#### a) Gejala (subyektif)

- 1) Sumber kekuatan bagi pasien keluarga
- 2) Perasaan menyalahkan tuhan : (✓) tidak ada ( ) ada  
jelaskan
- 3) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan, macam  
:  
Frekuensi : -
- 4) Masalah berkaitan dengan aktifitasnya tsb selama dirawat
- 5) Pemecahan oleh pasien
- 6) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan (✓) tidak ada ( ) ada , jelaskan
- 7) Pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani  
:  
(✓) tidak ada ( ) ada , jelaskan

#### b) Tanda (obyektif)

- 1) Perubahan perilaku
- 2) Menolak pengobatan (✓) tidak ada ( ) ada , jelaskan
- 3) Berhenti menjalankan aktivitas agama : (✓) tidak ada ( ) ada , jelaskan
- 4) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan (✓) tidak ada ( ) ada , jelaskan.....

### Data penunjang

#### 1. Laboratorium

-dibalik

2. Radiologi MRI kepala (18 Juni 2019)  
Kesan : lesi hiperintens pada DWI di kortikal lobus temporoparietal kiri, suspek infark hiperakut white matter lesion di periventrikel lateralis bilateral sesuai Fazekas III, infark lakunar di kapsula interna trus anterior kiri dan putamen kiri, penebalan mukosa dinding sinus maksila kiri

Hasil Lab .

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hematologi (29-6-19)</b>		
Hb	11,5 *	13,0 - 18,0 g/dL
Ht	34 *	40 - 52 %
Eritrosit	4,0 *	4,3 - 6,0 juta/ $\mu$ L
Leukosit	10590	4800 - 10800 / $\mu$ L
Trombosit	568000 *	150.000 - 400.000 / $\mu$ L
MCV	85	80 - 96 fL
MCH	29	27 - 32 pg
MCHC	34	32 - 36 g/dL
RDW	12,30	11,5 - 14,5 %
<b>AED (19-6-19)</b>		
pH	7,45	7,37 - 7,45
pCO <sub>2</sub>	31,8 *	33 - 44 mm Hg
pO <sub>2</sub>	164 *	71 - 104 mm Hg
HCO <sub>3</sub>	22,3	22 - 29 mmol/L
BE	-0,4	(-2) - 3 mmol/L
SPO <sub>2</sub> (27-6-19)	93 *	94 - 98 %
<b>Koagulasi (19-6-19)</b>		
PT		detik
o kontrol	10,8	9,3 - 11,8 detik
o pasien	11,0	
APTT		detik
o kontrol	24,6	23,4 - 31,5 detik
o pasien	23,6	
D-dimer	> 5000 *	0 - 400 ng/mL

3. EKG

4. USG

5. CT Scan Kepala tanpa kontras (17-6-19).  
Kesan: Infark lakunar basal ganglia kiri  
Atrofi cerebri senilis dengan mild ventrikulomegali  
Sinusitis maksilaris kiri, sugestif kronik

6. Pemeriksaan lain

7. Obat-obatan (28-6-19)  
• IVFD RL 30 tpm • Citicolin 3 x 100 mg (iv) • CPG 1 x 75 mg (po)  
• amlodipin 1 x 10 mg (po) • ranitidine 2 x 50 mg (po) • Novorapid 15 unit.  
• combivent 3 x 1

8. Diet  
• ML Blender NGT 3 x 300 mL + putih telur  
• Nutrien Diabete 3 x 250 mL + olive oil.

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1.	Citicolin	3 x 100 mg (iv)	Obat neuroprotektor yg berpotensi untuk mencegah kerusakan otak lebih lanjut
2.	CPG	1 x 75 mg (po)	obat yang berfungsi untuk mencegah trombosit (platelet) saling menempel yang berisiko membentuk gumpalan darah.
3.	Amlodipin	1 x 10 mg (po)	Obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi
4.	Ranitidine	2 x 50 mg (po)	Obat yang digunakan untuk mengatasi produksi berlebihan asam lambung
5.	Novorapid	15 unit	Obat yang digunakan untuk mengatasi hiperglikemi.
6.	Combivent	3 x 1	Obat yang digunakan untuk mengatasi penyakit saluran pernapasan.



## ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
<p>Kemis 28-6-19</p>	<p><u>DS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien masuk RS dengan keluhan tidak sadarkan diri sejak 3 hari sebelum masuk RSPAD disertai sesak.</li> </ul> <p><u>DO</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran apatis, GCS E<sub>3</sub>M<sub>5</sub>Vafasia</li> <li>- TD: 158/90 mmHg,</li> <li>- MAP: 112,7 mmHg.</li> <li>- Adanya parase anggota tubuh bagian kanan (wajah dan ekstremitas)</li> <li>- Adanya facial drop dan afasia</li> <li>- CT Scan (17-6-19), kesan infark lakunar basal ganglia kiri, atrofi cerebri senilis dengan mild ventrikulomegali</li> <li>- MRI kepala (18-6-19), kesan lesi hiperintens pada DWI di kortikal lobus temporoparietal kiri, suspek infark hiperakut, white matter lesion di periventrikel lateralis bilateral sesuai Fazekas III. Infark lakunar di kapsula interna crus anterior kiri dan putamen kiri.</li> </ul>	<p>Kebidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral</p>	<p>Suplai darah dan oksigen ke otak tidak adekuat.</p>

## ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
Kamis 27-6-19	<u>DS</u> : - <u>DO</u> : - pasien tampak dispneu - terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 2lpm - RR : 24 x /m - Bunyi nafas ronchi, akumulasi sputum (+), sputum kuning kental.	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Hafas	Penurunan refleksi batuk.
Kamis 27-6-19	<u>DS</u> : - <u>DO</u> : - pasien tidak mampu menelan dan mengunyah - Adanya facial drop dan hemiparase bawah bagian kanan - pasien terpasang NGT - Adanya penurunan kesadaran (apatis).	Gangguan Menelanan	Penurunan kemampuan otot mengunyah dan menelan.
Kamis 27-6-19	<u>DS</u> : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada anggota tubuh bagian kanan <u>DO</u> : - tonus otot lemah pada anggota gerak bagian kanan - Rentang gerak terbatas pada anggota gerak bagian kanan (tangan dan kaki kanan pasien tidak mampu mengangkat)	Hambatan Mobilitas Fisik	Kerusakan neuro-vaskuler.

### ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	<p>- Kekuatan otot pasien :</p> $\frac{2}{5}$ $\frac{2}{9}$		

**DIAGNOSA KEPERAWATAN :**

1. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral b.d suplai darah dan oksigen tidak adekuat
2. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas b.d penurunan refleks batuk
3. Gangguan Menekan b.d penurunan kemampuan otot mengunyah dan menekan
4. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovaskuler

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1.	Jumat, 28-6-19	Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 20 menit diharapkan perfusi jaringan serebral efektif dengan kriteria hasil:</p> <p>NOC Label:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kode 0406: Perfusi Jaringan Serebral</li> <li>1. TD sistol dalam batas normal</li> <li>2. TD diastol dalam batas normal</li> <li>3. MAP dalam batas normal</li> <li>4. Tidak ada sakit kepala</li> <li>5. Tidak ada muntah</li> <li>6. Tidak ada kegelisahan</li> <li>7. Tidak ada penurunan kesadaran (EM).</li> </ul> <p>- Kode 0401: Status Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nadi dalam batas normal</li> <li>2. Saturasi oksigen dalam batas normal</li> </ul>	<p>Kode 2550: Peningkatan Perfusi Serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor mean arterial pressure (MAP)</li> <li>2. Monitor status neurologi</li> <li>3. Berikan head up position 30°</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat anti platelet</li> <li>5. Monitor adanya tanda dan gejala Peningkatan TIK.</li> <li>6. Kolaborasi dalam pemberian obat anti retroprotektor.</li> </ol>

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
2.	Jumat 28-6-19	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 20 menit diharapkan bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil:</p> <p>NOC Label : Status Pernafasan : Keperawatan Jalan Nafas (0410).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada suara nafas tambahan</li> <li>2. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas</li> <li>3. Tidak terdapat akumulasi sputum</li> </ol>	<p>Kode 3410 : Manajemen Jalan Nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>2. Auskultasi suara nafas pasien</li> <li>3. Berikan O<sub>2</sub> sesuai kebutuhan</li> <li>4. Atur penanganan dengan memberikan nebulizer pada pasien</li> <li>5. Lakukan fisioterapi dada pada pasien</li> <li>6. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk atau menyedot lendir</li> </ol>

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
3.	Jumat 28-6-19	Gangguan Menelan	<p>Setelah dilakukan tindakan ke- perawatan selama 1 x 15 menit diharapkan kemampuan mene- lan adekuat dengan kriteria hasil :</p> <p>Noc Label :</p> <p>Kode 1010 : Status Menelan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mempertahankan kan makanan di mulut di- lam skala sedikit terganggu</li> <li>2. Pasien mampu menelan dan mengunyah makanan dalam skala sedikit terganggu</li> <li>3. Tidak ada tersedak, batuk, muntah saat makanan ma- suk.</li> </ol> <p>Kode 1008 : Status Nutrisi : Asu- Pan Makanan dan Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan nutrisi pasien terpe- nuhi melalui parenteral sepenuhnya adekuat.</li> </ol>	<p>Kode 1056 : Pemberian makan dengan tabung enteral</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur pada pasien</li> <li>2. Tinggikan kepala tempat tidur 30° saat pemberian makan.</li> <li>3. Gunakan teknik yang bersih dalam membe- rikan makan lewat sebg</li> <li>4. Periksa sisa makanan setiap sebelum makan intermitten</li> <li>5. Monitor pasien jika merasa kenyang, mual, muntah</li> </ol> <p>Kode 1060 : Terapi Menelan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coba berikan makanan lunak/cair melalui oral sedikit demi sedikit saat kesadaran pa- sien composmentis</li> </ol>

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
9.	Jumat 28-6-19	Hambatan Mobilitas Fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan mobilitas fisik adekuat dengan kriteria hasil:</p> <p>Noc Label:</p> <p>Kode 0208 : Pergerakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat mengatur posisi tubuh dalam skala tidak terganggu</li> <li>2. Pasien dapat mengkoordinasikan tubuhnya dalam skala tidak terganggu</li> <li>3. Pasien mampu untuk berjalan dalam skala tidak terganggu</li> <li>4. Pergerakan otot dan sendi pasien dalam skala tidak terganggu.</li> </ol>	<p>Kode 0224 : Terapi Mobilitas sendi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam melakukan program latihan</li> <li>3. Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat latihan sendi.</li> <li>4. Dukung latihan Pom aktif atau pasif jika perlu.</li> </ol>



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Sabtu, 29-6-19 Dinas Pagi	1.	09.00	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: Kesadaran apatis. GCS E <sub>3</sub> M <sub>5</sub> V afasia.	
		09.05	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK	2. S: - O: pasien tampak tenang, adanya penurunan kesadaran (apatis), tidak ada muntah proyektil	
		09.10	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 151/79 mmHg S: 36,7°C N: 83 x/m SPO <sub>2</sub> : 96% R: 22 x/m MAP: 103 mmHg	
		09.15	4. Memberikan head up position 30°	4. S: - O: pasien tampak nyaman, setelah 15 menit dievaluasi. TD: 149/78 mmHg, MAP: 101,3 mmHg	
		12.30	5. Kolaborasi dalam pemberian obat anti platelet	5. S: - O: pasien diberikan TPS 1x75 mg (po)	
		12.30	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan Citicoline 3x100 mg (iv)	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Sabtu, 29-6-19 Dinas Pagi	2	09.15	1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	1. S: - O: pasien diberikan head up position 30°, pasien tampak nyaman	JKW
		11.25	2. Mengauskultasi suara nafas pasien	2. S: - O: suara nafas ronchi	
		11.30	3. Mengatur penanganan dengan memberikan nebulizer pada pasien	3. S: - O: pasien diberikan nebulizer combivent pulmicort.	
		11.40	4. Melakukan fisioterapi dada pada pasien	4. S: - O: pasien tenang, nampak batuk, sekret @.	
		11.45	5. Mengatur pemberian O <sub>2</sub>	5. S: - O: pasien terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 2lpm.	
Sabtu, 29-6-19 Dinas Pagi	3	12.00	1. Menjelaskan prosedur pada pasien dan keluarga	1. S: Keluarga mengatakan paham tujuan prosedur dan caranya O: keluarga mampu membantu prosedur pemberian makan	JKW
		12.05	2. Meninggikan kepala tempat tidur 30° saat pemberian makan	2. S: - O: pasien diberikan posisi head up 30°.	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Sabtu, 29-6-19 Dinas Pagi	3	12.05	3. Menggunakan teknik yang bersih dalam memberikan makan lewat selang	3. S : - O : mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan .	JW
		12.10	4. Memeriksa sisa makanan setiap sebelum makan Intermiten	4. S : - O : Peridu lambung baik, bening .	
		12.15	5. Memonitor pasien jika merasa kenyang, mual, muntah	5. S : - O : pasien tidak menunjukkan adanya mual dan muntah .	
Sabtu, 29-6-19 Dinas Pagi	4.	13.15	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan	1. S : - O : pasien rampok mengalami hemipare sis bagian kanan . Kekuatan otot $\frac{2/5}{2/5}$	JW
		13.10	2. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga manfaat melakukan latihan sendi	2. S : keluarga pasien mengatakan paham manfaatnya O : keluarga mampu menjelaskan kembali manfaat lat-sendi .	
		13.15	3. Mendukung latihan rompasif	3. S : - O : Diberikan latihan rompasif dan mengajarkan pada keluarga .	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Senin, 01-07-19 Dinas Pagi	1.	08.40	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: Kesadaran Compositus. ETS E4 Mg Vafasia.	JKM
		08.45	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK	2. S: - O: pasien tampak terang, tidak ada penurunan kesadaran (cm), tidak ada muntah proyektil	
		08.50	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 141/83 mmHg S: 36,7°C N: 100 x/m SPO <sub>2</sub> : 98% R: 18 x/m MAP: 102,3 mmHg	
		08.55	4. Memberikan head up position 30°	4. S: - O: pasien tampak nyaman. setelah 15 menit dievaluasi: TD: 140/81 mmHg MAP: 100,7 mmHg	
		12.30	5. Kolaborasi dalam pemberian obat anti platelet	5. S: - O: pasien diberikan CP6 1x75mg (PO)	
		12.30	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan Cititolin 5x100 mg (iv).	
Senin, 01-07-19 Dinas Pagi	2.	11.20	1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	1. S: - O: pasien diberikan head up position 30° pasien tampak nyaman	JKM
		11.25	2. Mengauskultasi suara nafas pasien	2. S: - O: suara nafas ronchi.	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Senin, 01-07-19 Dinas Pagi	2	11.30  11.40  11.45  11.50	3. Mengatur pernapasan dengan memberikan nebulizer pada pasien  4. Melakukan fisioterapi dada pada pasien  5. Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk batuk  6. Memonitor pemberian O <sub>2</sub> pasien sesuai kebutuhan	3.S: - O: pasien diberikan nebulizer combi vent pulmicort.  4.S: - O: pasien tenang, nampak batuk, sekret ⊕.  5.S: - O: pasien batuk minimal, sekret ⊕ bering, kental  6.S: - O: pasien terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 2 lpm.	<i>[Signature]</i>
Senin, 01-07-19 Dinas Pagi	3.	12.00  12.00  12.05  12.10	1. Meninggikan kepala tempat tidur 30° saat pemberian makan  2. Menggunakan teknik yang bersih dalam memberikan makan lewat selang  3. Memeriksa sisa makanan setiap sebelum makan intermitten  4. Memonitor pasien jika merasa kenyang, mual, muntah	1.S: - O: pasien diberikan head up position 30°  2.S: - O: mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.  3.S: - O: Residu lambung baik, bering.  4.S: - O: pasien tidak menunjukkan adanya mual dan muntah.	
Senin, 01-07-19 Dinas Pagi	4.	10.30	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan	1.S: - O: pasien mengalami kelemahan / hemiparesis bagian kanan. Kekuatan otot $\frac{2/5}{2/5}$	




IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Senin, 01-7-19 Dinas Pagi	4	10:40  10:40	2. Mendukung latihan ROM pasif  3. kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam melaku- kan program latihan	2. S: - O: Dibenarkan latihan ROM pasif  3. S: - O: pasien dibenarkan latihan ROM pasif oleh fisioterapi.	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

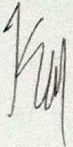

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Selasa, 02-7-19 Dinas Pagi	1.	08.40	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S : - O : kesadaran composmentis. GCS E <sub>3</sub> M <sub>5</sub>	Juf
		08.45	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK	2. S : - O : pasien tampak tenang, tidak adanya penurunan kesadaran (cm), tidak ada muntah proyektil.	
		08.50	3. Memonitor MAP	3. S : - O : TD : 139/78 mmHg S : 36,7 °C M : 88 x/m SPO <sub>2</sub> : 99 % R : 20 x/m MAP : 98,3 mmHg	
		08.55	4. Memberikan head up position 30°	4. S : - O : pasien tampak nyaman, setelah 15 menit dievaluasi TD : 130/78 mmHg MAP : 95,3 mmHg	
		12.30	5. Kolaborasi dalam pemberian obat anti platelet	5. S : - O : pasien diberikan CPB 1 x 75 mg (po)	
		12.30	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuro protektor	6. S : - O : pasien diberikan Citicolin 3x100 mg (iv)	
Selasa, 02-7-19 Dinas Pagi	2.	11.20	1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	1. S : - O : pasien diberikan head up position 30°. pasien tampak nyaman.	Juf
		11.25	2. Mengauskultasi suara nafas pasien	2. S : - O : Suara nafas vesikuler	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

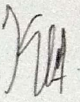
Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Selasa, 02-7-19 Dinas Pagi	2.	11.30 11.40 11.45	3. Mengatur penanganan dengan membenarkan nebulizer pada pasien 4. Melakukan Fisioterapi dada pada pasien 5. Memonitor pemberian O <sub>2</sub> pasien sesuai kebutuhan	3. S: - O: Pasien diberikan nebulizer combivent Pulmicort 4. S: - O: pasien terang, batuk ⊖, sekret ⊖ 5. S: - O: pasien terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 2 lpm	
Selasa, 02-7-19 Dinas Pagi	3	12.00 12.00 12.05 12.10	1. Meninggikan kepala tempat tidur 30° saat pemberian makan 2. Menggunakan teknik yang bersih dalam membenarkan makan lewat selang 3. Memeriksa sisa makanan setiap sebelum makan intermitten 4. Memonitor pasien jika merasa kenyang, mual, muntah	1. S: - O: pasien diberikan head up position 30° 2. S: - O: mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 3. S: - O: Residu lambung baik, bening 4. S: - O: pasien tidak menunjukkan adanya mual dan muntah	
Selasa, 02-7-19 Dinas Pagi	4.	10.30 10.40	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan 2. Mendukung latihan ROM pasif	1. S: - O: pasien mengalami hemiparesis bagian kanan. Kekuatan otot $\frac{4/5}{4/5}$ 2. S: - O: Dibenarkan latihan ROM pasif dibantu keluarga	



EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Evaluasi (S, O, A, P)	Paraf
Selasa, 2-7-19	1.	12.40	<p>S : -</p> <p>O : - kesadaran composmentis (GCS E4M6Vafasia)</p> <p>- TTU : TD : 130/78 mmHg      S : 36,5 °C</p> <p>          N : 80 x /m                      SpO<sub>2</sub> : 99%</p> <p>          RR : 20 x /m                      MAP : 95,3 %</p> <p>- pasien tidak nampak adanya sakit kepala, muntah proyektil ⊖</p> <p>- adanya hemiparesis bagian kanan, pasien tampak terangsang</p> <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi (Tujuan tercapai, masalah teratasi).</p> <p>P : Intervensi keperawatan dihentikan</p> <p>- Monitor TTU</p> <p>- Monitor adanya tanda &amp; gejala peningkatan TIK.</p>	
Selasa, 2-7-19	2.	12.45	<p>S : -</p> <p>O : - pasien terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2Lpm</p> <p>- RR : 20 x/m</p> <p>- Suara nafas vesikuler</p> <p>- Tidak ada otot bantu nafas</p> <p>- Tidak ada akumulasi sputum</p> <p>A : ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas teratasi (Tujuan tercapai, masalah teratasi)</p> <p>P : Intervensi keperawatan dihentikan</p> <p>- Monitor kondisi pasien (status pemupusan).</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Evaluasi (S, O, A, P)	Paraf
Selasa, 2-7-19	3.	13.00	<p>S: Keluarga mengatakan sudah perlahan memberimakan pasien melalui oral (sedikit-se dikit)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang NGT</li> <li>- Pasien masih menerima makanan dan obat oral melalui NGT</li> <li>- Tidak ada tersedak, batuk dan muntah saat makanan masuk melalui NGT</li> <li>- Pasien belum mampu mengunyah dan menelan makanan secara optimal</li> </ul> <p>A: Gangguan menelan belum teratasi (Tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi)</p> <p>P: Intervensi Keperawatan dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan dan coba makanan cair/luhuk melalui mulut pasien sedikit-sedikit,</li> <li>- Monitor pasien jika merasa kenyang, mual, muntah.</li> </ul>	
Selasa, 2-7-19	4.	13.10	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien belum mampu mengatur posisi tubuh secara mandiri</li> <li>- pasien belum mampu berpindah mandiri</li> <li>- kekuatan otot <math>\frac{2}{5}</math></li> </ul> <p>A: Hambatan mobilitas fisik belum teratasi (Tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi)</p> <p>P: Intervensi Keperawatan dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan terapi mobilitas sendi.</li> </ul>	