

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. P 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 : EKI AMANDA F  
 NIM : 20180305030  
 Tempat praktik : R. STROKE RSPAD GATOT SOEBROTO  
 Tanggal Pengkajian : 29-06-2019

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

Nama : Tn. P ..... L/P  
 Tempat/tgl lahir : 15-10-1968 .....  
 Golongan darah : A<sup>+</sup>B/AB .....  
 Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3 .....  
 Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu .....  
 Suku : Jawa .....  
 Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati) .....  
 Pekerjaan : TNI .....  
 Alamat : Puri Permai Blok E No.3 RT06 RW05 Tangerang .....  
 Diagnosa medik :  
 d) SMH cc HT Tanggal : 29-6-19 .....  
 e) ..... Tanggal : .....  
 f) ..... Tanggal : .....

**2. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Ny. S .....  
 Umur : 48 th .....  
 Jenis kelamin : P .....  
 Agama : Islam .....  
 Suku : Jawa .....  
 Hubungan dgn pasien : Istru .....  
 Pendidikan terakhir : SMA .....  
 Pekerjaan : RT .....  
 Alamat : Puri Permai Blok .....  
 .....

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

- a. Alasan masuk rumah sakit: Tn. P rujukan RS Mulya Insani Tangerang masuk IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 29-6-19 dengan penurunan kesadaran sejak pagi. Saat dibangunkan di pagi hari mata kiri kedip-kedip lalu kejang dan tidak sadarkan diri. Tn. P juga sempat muntah 1x saat di RS Mulya Insani.
- b. Keluhan utama:

Pasien mengeluh sedikit pusing, mual ⊕, muntah ⊖.  
Pasien juga mengatakan mengalami kelemahan pada ekstremitas atas &

- c. Faktor pencetus: bawah bagian kiri  
Pasien memiliki riwayat hipertensi
- d. Lamanya keluhan: 1 2 tahun
- e. Timbulnya keluhan: (✓) bertahap ( ) mendadak
- f. Factor yang memperberat: Hipertensi, kolesterol

**2. Status kesehatan masa lalu**

- A. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang):  
Hipertensi
- B. Kecelakaan: -
- C. Pernah dirawat:
  - 1) Penyakit: -
  - 2) Waktu: -
  - 3) Riwayat Operasi: -

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

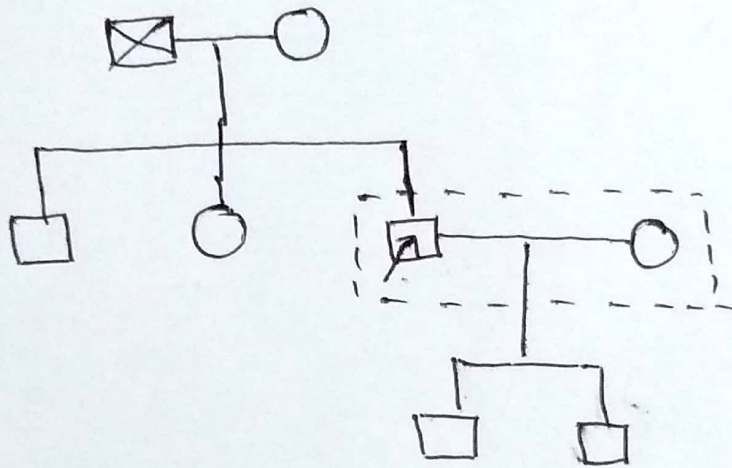
Ayah Tn.P memiliki riwayat hipertensi

**C. Pengkajian pola fungsi dan pemeriksaan fisik**

**1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

- a. Persepsi tentang kesehatan diri:  
Pasien cemas dengan pemulihan kesehatannya
- b. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya:  
Pasien mengetahui bahwa ia terkena stroke
- c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
  - 1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?  
-
  - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi:  
Pasien rutin cek kesehatan berkala
  - 3) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
    - a) Yang dilakukan bila sakit:  
Berobat
    - b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit?  
Rumah sakit
    - c) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/alkohol/rokok/kopi/kebiasaan olahraga)  
Merokok: - pak/hari, lama: - tahun  
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
1.	Amlodipin	10 mg	(tidak rutin minum)

d. Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1) Penghasilan .....
- 2) Asuransi/jaminan kesehatan *BPJS dinas* .....
- 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal *pasien tinggal di rumah dinas* .....

## 2. Nutrisi, cairan & metabolic

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Diit biasa (tipe) : *makan lunak* ..... jumlah makan per hari : *3x* .....
- 2) Pola diit : *Makan utama 3x sehari* ..... makan terakhir : *habis* .....  
*selingan 2-3x/hari*
- 3) Nafsu/selera makan : ..... Mual : ( ) tidak ada  
() ada, waktu *tidak tentu* ; saat makan .....
- 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 mual menelan, luka di lidah* .....
- 8) Keluhan demam : () tidak ada ( ) ada,  
jelaskan .....
- 9) Pola minum/cairan : jumlah minum *± 500 cc* .....  
cairan yang biasa diminum *Air mineral, Juice buah* .....
- 10) Penurunan bb dalam 6 bulan terakhir : () tidak ada  
( ) ada, jelaskan .....

### b. Tanda (obyektif)

- 1) Suhu tubuh : *36* °C  
Diaphoresis : () tidak ada ( ) ada,  
jelaskan .....
- 2) Berat badan : *75* kg, tinggi badan : *170* cm IMT *25,9 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 *baik* .....
- Lingkar abdomen : ..... cm
- 6) Distensi vena jugularis : () tidak ada ( ) ada,



- b) Kerapian berpakaian ..... rapi .....
- 4) Pengkajian neuromuskuler
  - Masa/tonus : 5/3 ..... melemah pada anggota gerak kiri
  - Kekuatan otot : 5/3 .....
  - Rentang gerak : ..... terbatas pada anggota gerak bagian kiri (tidak mampu mengangklat maksimal).
  - Deformasi : tidak ada .....
- 5) Bau badan ..... tidak ada ..... bau mulut ..... tidak ada .....
- Kondisi kulit kepala ..... bersih .....
- Kebersihan kuku ..... bersih .....

**5. Istirahat**

**a. Gejala (subyektif)**

- 1) Kebiasaan tidur ..... tidur nyenyak .....
- Lama tidur ..... 8 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' ..... ada riwayat hipertensi
- d) Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....
- 2) Flebitis ..... - ..... ( ) penyembuhan lambat
- 3) Rasa kesemutan ..... - .....
- 4) Palpitasi ..... - .....

**b. Tanda (obyektif)**

- 1) Tekanan darah : 156/108 mmHg
- 2) Mean Arteri Pressure/ tekanan nadi 124 mm Hg
- 3) Nadi/pulsasi :
  - a) Karotis : 7 .....
  - b) Femoralis : 7 .....
  - c) Popliteal : 7.3 x/m .....
  - d) Jugularis : ..... - .....
  - e) Radialis : ..... - .....
  - f) Dorsal pedis : ..... - .....
  - g) Bunyi jantung : reguler frekuensi : 73 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 : unanemis sklera : uniktengk
- punggung kuku : .....

## 7. Eliminasi

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Pola BAB : frekuensi : 2 kali sekali konsistensi : 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 : (X) 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 : 9 x/m bunyi abnormal (X) tidak ada ( ) ada, jelaskan
- c) Perkusi
- (1) Bunyi tympani (X) 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

padat  
 Warna : normal  
 Abnormal : () tidak ada ( ) ada  
 Jelaskan

d) Pola BAK : dorongan :

Frekuensi : retensi :

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

Jelaskan

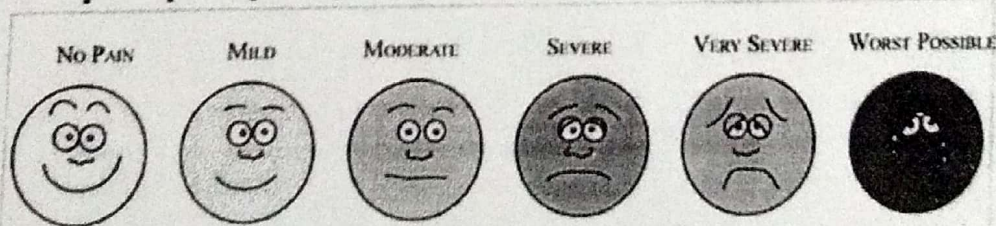
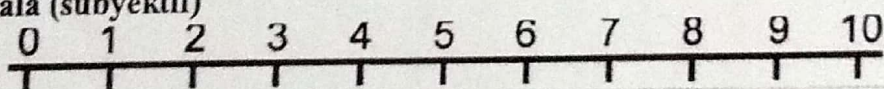
f) Karakteristik urin :

Jernih  
 Jumlah : 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

pasien mengeluh sering kali pusing.

- 3) Sakit kepala : lokasi nyeri

Frekuensi

- 4) Kesemutan/kebas/kelemahan (lokasi) -

- 5) Kejang (✗) tidak ada (✓) ada

Jelaskan

riwayat kejang di RS Mulya Isari

Cara mengatasi

- 6) Mata : penurunan penglihatan (✓) tidak ada

( ) ada, jelaskan

- 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) ✓

Respon motorik (m) 6 respon verbal 5

- 3) Terorientasi/disorientasi : waktu terorientasi tempat terorientasi

Orang terorientasi

- 4) Persepsi sensori : ilusi - halusinasi -

Delusi - afek - jelaskan -

- 5) Memori : saat ini

baik

Masa lalu baik

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

- 7) Reaksi pupil terhadap cahaya :

ka/ki +/+

Ukuran pupil

2/2

- 8) Fascial drop - postur

Reflek

# PENGKAJIAN NEUROLOGIS

1. Tingkat Kesadaran : Compositentis (GCS : E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub> = 15)

Nilai GCS	Tingkat Kesadaran
15-14	Compositentis
13-12	Apatis
11-10	Delirium
9-7	Somnolen
6-5	Sopor
4	Semikoma
3	Coma

2. Pengkajian Nervus

Tidak ditemukan gangguan.

No	Nervus	Fungsi
1.	Olfaktori	Saraf sensorik, untuk penciuman
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.	Abdusen	Saraf motorik, gerakan mata ke lateral
7.	Facialis	Saraf motorik untuk ekspresi wajah
8.	Auditorius	Saraf sensorik untuk pendengaran dan keseimbangan
9.	Glossafaringeus	Saraf sensorik dan motorik - sensasi rasa
10.	Vagus	Saraf sensorik & motorik, refleks muntah & menelan
11.	Aksesors	Saraf motorik, menggerakkan bahu
12.	Hipoglossus	Saraf motorik, untuk gerakan lidah

3. Pengkajian Kekuatan Otot  $\frac{5}{3}$

- => Tangan kanan : Mampu menahan tahanan berat
- => Tangan kiri : Tidak mampu menahan tahanan
- => Kaki kanan : Mampu menahan tahanan berat
- => Kaki kiri : Tidak mampu menahan tahanan

4. Pengkajian Refleks

1. Bisept ++/++
2. Trisept ++/++
3. Brachioradialis ++/++
4. Patella ++/++
5. Achilles ++/++

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

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

..... tidak ada .....

## 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

..... Kejang saat di rumah SMS 15 menit dan di RS Mulya Insani .....

### b. Tanda (objektif)

1) Suhu tubuh ..... 36 ..... °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

..... Terpasang infus di tangan kiri .....

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

- 9) Kekuatan umum ..... lemah ..... tonus otot ..... lemah pada anggota gerak kiri  
Parese atau paralisa  
..... anggota gerak atas (tangan ..... kiri) & bawah ( ..... kaki)

## 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 coping

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Faktor stres  
..... Pasien cemas dengan proses pemulihan kesehatannya  
.....
- 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

- 4) Adanya jaringan laringektomi/trakeostomi
- 5) Komunikasi non verbal/verbal dengan keluarga/orang lain  
baik
- 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  
: berdoa  
Frekuensi : setiap saat
- 4) Masalah berkaitan dengan aktifitasnya tsb selama dirawat  
tidak ada
- 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 tidak ada
- 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

←

2. Radiologi

3. EKG

4. USG

5. CT Scan rs Mulia Insani (29-6-19) → tidak tampak gambaran infark ataupun perdarahan intraparenkimal pada CT scan kepala saat ini.

6. Pemeriksaan lain

7. Obat-obatan (01-7-19) IVFO RL 500 cc / 8 jam, amlodipin 1 x 10 mg (po),  
cpg 1 x 75 mg (po) tificolin 2 x 500 mg (iv)

8. Diet

Makan lunak 3 x sehari  
Jus buah 2 x 100 cc

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1.	Amlodipin	1 x 10 mg (po)	Obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi
2.	cpg	1 x 75 mg (po)	Obat yang berfungsi untuk menghambat trombosit (platelet) saling melekat yang menyebabkan risiko membentuk gumpalan darah
3.	tificolin	2 x 500 mg (iv)	Obat neuroprotektor yg berpotensi untuk mencegah kerusakan otak lebih lanjut

## ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
Sabtu, 29-6-19	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.P mengeluh pusing</li> <li>- keluarga mengatakan pasien masuk dengan penurunan kesadaran, kejang, mata kiri pasien berkedip- kedip, dan muntah.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran kompos mentis (E4 V5 M6)</li> <li>- TD : 156 / 108 mmHg</li> <li>- MAP : 124 mmHg</li> <li>- Adanya parase anggota gerak bagian kiri (ekstremitas atas dan bawah)</li> <li>- MRI kepala (01 Juli 2019), kesan infark akut pada kapsula interna crus posterior kanan periventrikuler lateral kanan.</li> </ul>	Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral	Suplai darah dan oksigen ke otak tidak adekuat
Sabtu, 29-6-19	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.P mengeluh lemah pada anggota gerak bagian kiri (ekstremitas atas dan bawah)</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot <math>\frac{5/3}{5/3}</math></li> <li>- Rentang gerak terbatas pada anggota gerak bagian kiri (tangan dan kaki Tn.P tidak mampu mengangkat maksimal)</li> <li>- Tonus otot lemah pada anggota gerak bagian kiri.</li> </ul>	Hambatan Mobilitas Fisik	Kerusakan Neurovaskuler

## ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
Sabtu, 29-6-19	<p><u>DS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga Tn-P mengatakan pasien memiliki hipertensi sejak 2 tahun yang lalu, dan kadar kolesterol pasien naik turun</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak minum obat hipertensi secara teratur (hanya minum saat tenaga tinggi) dan tidak menjaga pola makannya (diit tidak sehat).</li> </ul> <p><u>DO :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 156/108 mmHg</li> <li>- MAP 124 mmHg</li> <li>- Kolesterol total 200 mg/dL</li> <li>- Trigliserida 233 mg/dL</li> <li>- Kolesterol HDL 26 mg/dL</li> <li>- Kolesterol LDL 127 mg/dL</li> </ul>	<p>ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Diri</p>	<p>Kompleksitas regimen terapeutik.</p>



**DIAGNOSA KEPERAWATAN :**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d suplai darah dan oksigen ke otak tidak adekuat.
2. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuro vaskuler
3. Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri b.d kompleksitas regimen terapeutik.

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1.	Sabtu, 29-6-19	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 Latel:</p> <p>- kode 0406: Perfusi Jaringan Serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> <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 (GCS).</li> </ol> <p>- kode 0401: Status Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hbdi dalam batas normal</li> <li>2. Saturasi oksigen dalam batas normal</li> </ol>	<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 trombotik.</li> </ol>

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1.	Sabtu. 29-6-19	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 berdiri dan 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>

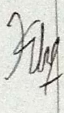
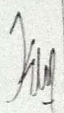
RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
3.	Sabtu, 29-6-19	Ketidakefektifan Manajemen keseha tan Diri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 15 menit diharapkan manajemen kesehatan diri efektif dengan kriteria hasil :</p> <p>NOC-Label : Kode 3102 : Manajemen Diri Penyakit Kronik .</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien rutin memantau dan mengontrol tanda gejala penyakitnya dengan kontrol kesehatan rutin</li> <li>2. Mengikuti diet yang direko mendasikan</li> <li>3. Mencegah kebiasaan yang potensial meningkatkan Penyakit</li> <li>4. Meminum obat secara tera- tur .</li> </ol>	<p>Kode 5515 : Peningkatan Kesadaran Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan perawatan kesehatan yang nyaman sehingga pasien mampu meminta bantuan secara nyaman</li> <li>2. Bantu pasien menyadari sendiri terkait mana jemen penyakit yang pasien alami seperti man Faat menjaga pola hidup sehat dan akibat dari pola hidup yang buruk</li> <li>3. Berikan pasien kesempatan untuk memutus kan manajemen kesehatan diri yang akan pasien lakukan selanjutnya .</li> </ol>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Senin, 01-7-19 Dinas Pagi	1.	08.15	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: Kesadaran komposmentis, GCS E4 M6 V6	Juli
		08.20	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK	2. S: pasien mengeluh pusing O: pasien tampak tenang, tidak ada muntah, tidak ada penurunan kesadaran	
		08.25	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 156/108 mmHg S: 36,3 °C N: 73 x/m SPO2: 97% R: 21 x/m MAP: 124 mmHg	
		08.35	4. Memberikan head up position 30°	4. S: - O: pasien tampak nyaman, setelah 15 menit dievaluasi: TD: 154/99 mmHg MAP: 119,3 mmHg	
		12.35	5. Kolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet	5. S: - O: pasien diberikan CPG 1 x 75 mg (po)	
		12.35	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan citicolin 2 x 100mg (iv)	
Senin, 01-7-19 Dinas Pagi	2.	09.30	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan	1. S: pasien mengatakan lemah pada anggota gerak kirinya O: pasien tampak mengalami hemiparesis bagian kiri - kekuatan otot $\frac{5}{5}$	Juli

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Senin, 01-7-19 Dinas Pagi	2.	09.35  09.40  10.00	2. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga manfaat melakukan latihan sendi  3. Mendukung Latihan ROM Aktif  4. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam melakukan program latihan	2. S: pasien dan keluarga paham manfaatnya O: pasien dan keluarga mampu menyebutkan ulang manfaat lat. sendi 3. S: - O: Dibenikan latihan rom aktif dan mengajarkan pada keluarga 4. S: - O: pasien dibenikan ROM aktif oleh fisioterapi.	
Senin, 01-7-19 Dinas Pagi	3.	11.00	1. Menciptakan lingkungan kesehatan yang nyaman sehingga pasien mampu meminta bantuan setara nyaman	1. S: pasien mengatakan nyaman dengan pelayanan kesehatan yang diberikan O: pasien dan keluarga tidak segan dalam meminta bantuan	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Selasa, 02-7-19 Dinas Roni	1.	08.15	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: Kesadaran Composmentis. GCS E4M6V5	K4
		08.20	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan tIC	2. S: pasien mengeluh pusing berkurang O: pasien tampak tenang, muntah (-) tidak ada penurunan kesadaran	
		08.25	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 144/100 mmHg S: 36°C N: 82 x/m SPO <sub>2</sub> : 98% R: 20 x/m MAP: 114,7 mmHg	
		08.35	4. Memberikan head up position 30°	4. S: - O: pasien tampak nyaman, setelah 15 menit dievaluasi: TD: 140/95 mmHg MAP: 110 mmHg	
		12.35	5. Kolaborasi dalam pemberian antiplatelet	5. S: - O: pasien diberikan CPG 1x75mg (po)	
		12.35	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan cititolin 2x500 mg (w).	
Selasa, 2-7-19 Dinas Roni	2.	09.30	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan	1. S: Pasien mengatakan masih merasa lemah pada anggota gerak kirinya O: Kelemahan pada anggota gerak kanan. Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ / $\frac{3}{3}$	K4

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN



Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Selasa, 2-7-19 Dinas Pagi	2.	09-35	2. Mendukung Latihan Rom Aktif.	<p>2. S : pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : Dibenarkan latihan rom aktif dan dibantu keluarga .</p>	<i>[Signature]</i>
Selasa, 2-7-19 Dinas Pagi	3.	11.00  11.00  11.05	<p>1. Menciptakan lingkungan perawatan kesehatan yang nyaman sehingga pasien mampu meminta bantuan secara nyaman</p> <p>2. Membantu pasien menyadari sendiri terkait manajemen penyakit yang pasien alami seperti manfaat menjaga pola hidup yang sehat dan akibat dari pola hidup yg buruk</p> <p>3. Memberikan pasien kesempatan untuk memutuskan manajemen kesehatan diri yang akan pasien lakukan selanjutnya .</p>	<p>1. S : pasien mengatakan nyaman dengan pelayanan kesehatan yg dibenarkan</p> <p>O : pasien dan keluarga tidak segan dalam meminta bantuan</p> <p>2. S : pasien mengatakan bahwa sera roma stroke nya terjadi akibat dari pola makannya yg tidak dijaga .</p> <p>O : pasien mampu menjawab dan menyadari sendiri terkait manajemen penyakitnya .</p> <p>3. S : pasien mengatakan selanjutnya akan menjaga pola makannya kontrol rutin dan minum obat rutin</p> <p>O : pasien mampu memutuskan sendiri manajemen kesehatan dirinya .</p>	<i>[Signature]</i>



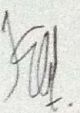
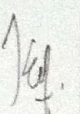
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Rabu, 3-7-19	1	08-15	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: kesadaran composmentis. ETS Eu M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>	
		08-20	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK	2. S: pasien mengeluh sudah tidak pusing O: pasien tampak tenang, tidak ada muntah, tidak ada penurunan kesadaran, tidak ada muntah	
		08-25	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 137/81 mmHg S: 36,6°C M: 90 x/m SPO <sub>2</sub> : 99% P: 20 x/m MAP: 106,3 mmHg	
		08-35	4. Memberikan head up position 30°	4. S: pasien mengatakan nyaman O: pasien tampak nyaman. Setelah 15 menit dievaluasi TD: 139/83 mmHg MAP: 99,3 mmHg	
		12-35	5. Kolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet	5. S: - O: pasien diberikan CPG 1 x 75 mg (po)	
		12-35	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan citicoline 2 x 100 mg	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Rabu, 3-7-19	2.	09:30  09:35	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan  2. Mendukung latihan ROM aktif	1. S: pasien mengatakan masih merasa lemah pada anggota gerak kirinya walaupun sudah mulai berkurang O: kelemahan pada anggota gerak kanan. kekuatan otot $\frac{5/3}{5/3}$ 2. S: - O: Dibenarkan latihan rom aktif dan di bantu keluarga.	
Rabu, 3-7-19	3.	12:35	1. Mengingatkan dan menekankan pada pasien untuk menjaga pola hidup yang sehat	1. S: pasien mengatakan kedepannya akan menjaga pola hidup yang sehat O: pasien tampak kooperatif.	

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Evaluasi (S, O, A, P)	Paraf
Rabu, 3-7-19 Dinas Pagi	1.	12.00	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak pusing</p> <p>O:- Kesadaran composmentis - GCS E4M6V5</p> <p>- TTU: TD: 152/83 mmHg S: 36,5°C</p> <p>N: 87 x/m SPO<sub>2</sub> = 99%</p> <p>R: 20 x/m MAP: 99,3 mmHg.</p> <p>- Pasien tidak nampak adanya sakit kepala, muntah ⊖</p> <p>- Pasien tampak tenang</p> <p>- Adanya hemiparase bagian kiri.</p> <p>A: Kefidakefektifan perfusi serebral teratasi (Tujuan tercapai, masalah teratasi).</p> <p>P: Intervensi keperawatan dihentikan.</p> <p>- Monitor TTU</p> <p>- Monitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK.</p>	
Rabu, 3-7-19 Dinas Pagi	2.	13.00	<p>S: Pasien mengatakan masih lemah pada anggota gerak bagian kiri.</p> <p>O:- - Pasien sudah mampu mengatur posisi tubuh sedikit secara perlahan</p> <p>- Pasien masih dibantu untuk berpindah</p> <p>- Kekuatan otot <math>\frac{5}{3}</math></p> <p>A: Hambatan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P: (Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi)</p> <p>Intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <p>- Berikan terapi mobilitas sendi</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Evaluasi (S, O, A, P)	Paraf
Rabu, 3-7-19 Dinas Pagi	3.	13-10	<p>S : Pasien mengatakan akan rutin kontrol kesehatannya, tidak akan lagi mengkonsumsi makanan yang menjadi penyebab kambuh penyakitnya, dan meminum obat secara teratur.</p> <p>O : -Pasien tampak kooperatif                      - Pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan                      - Pasien mampu mengambil keputusan terkait manajemen kesehatan diri yang akan ia lakukan selanjutnya.                      - Pasien aktif bertanya</p> <p>A : Keefektifan manajemen kesehatan diri teratasi                      (Tujuan tercapai, masalah teratasi)</p> <p>P : Intervensi keperawatan dihentikan                      - Ingatkan dan tekankan pasien untuk menjaga pola hidup yang sehat</p>	