

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.k 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 : KIKI AMANDA F
 NIM : 20180305030
 Tempat praktik : R-STROKE RSPAD GATOT SOEBROTO
 Tanggal Pengkajian : 01-07-19.

A. Identitas**1. Identitas Klien**

Nama : Ny.k LD
 Tempat/tgl lahir : 12-05-1954
 Golongan darah : A/O/B/AB
 Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
 Agama : Islam
 Suku : Jawa
 Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
 Pekerjaan : RT
 Alamat : Perum Ambar Permai Blok A 1 Cileungsi, Bogor
 Diagnosa medik :
 a) SNH cc HT Tanggal : 01
 b) Tanggal :
 c) Tanggal :

2. Identitas Penanggung jawab

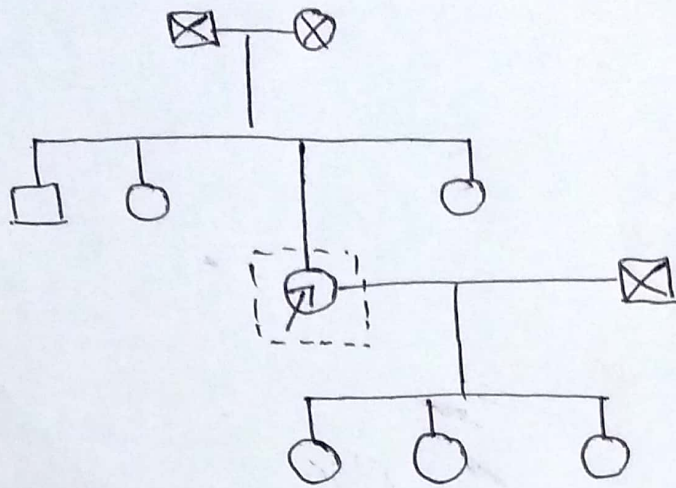
Nama : Ny.W
 Umur : 40 tahun
 Jenis kelamin :
 Agama : Islam
 Suku : Jawa
 Hubungan dgn pasien : Anak
 Pendidikan terakhir : S1
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Perum Ambar Permai Blok A 1 Cileungsi, Bogor

B. Status Kesehatan**1. Status kesehatan saat ini****a. Alasan masuk rumah sakit:**

Ny.k datang ke IGD RSPAD pada tanggal 30 Juni 2019 dengan penurunan kesadaran sejak 2 jam SMPs. Awalnya pasien pusing sejak pagi, ketika di perjalanan pasien sempat muntah lx dan kejang.

b. Keluhan utama:

GENOGRAM



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : Perempuan

X : Meninggal dunia

↗ : pasien

----- : Tinggal serumah .

Ny.K mengeluh pusing dan kelemahan pada anggota gerak nya (ekstremitas atas & bawah) terutama sebelah kiri (3-7-15)

- c. Faktor pencetus : Hipertensi, kolesterol
- d. Lamanya keluhan ± 15 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, jantung, stroke
- B. Kecelakaan :-
- C. Pernah dirawat:
 - 1) Penyakit : stroke
 - 2) Waktu : 2007
 - 3) Riwayat Operasi : -

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Ditambahkan dengan genogram)

Ibu pasien memiliki penyakit hipertensi dan jantung

C. Pengkajian pola fungsi dan pemeriksaan fisik

1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- a. bPersepsi tentang kesehatan diri pasien mengatakan cemas dengan pemulihan kesehatannya
- b. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengetahui bahwa ia memiliki riwayat stroke sebelumnya dan mengetahui bahwa stroke nya dapat disebabkan oleh tekanan darahnya yg tinggi
- c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - 1) Kebiasaan diit yang adekuat, diit yang tidak sehat ?
Pasien mengatakan kadang-kadang mengkonsumsi makanan yg bertemak karena ingin
 - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Pasien mengatakan rutin kontrol, namun kontrol terakhir terlambat dan obatnya habis
 - 3) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a) Yang dilakukan bila sakit
Berobat
 - b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit ?
Klinik, rumah sakit
 - c) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/alkohol/rokok/kopi/kebiasaan olahraga)
Merokok : -... pak/hari, lama : -... tahun
Alkohol : -... , lama : -...
Kebiasaan olahraga, jenis : -... frekwensi : -...

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	Micardis	1 x 80 mg	
	Nitrogliserin	2 x 2,5 mg	
	V-Block	1 x 6,25 mg	
	Clonidine	1 x 0,15 mg	
	Asam folat	3 x 1	
	Vit B	2 x 1	

d. Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1) Penghasilan —
- 2) Asuransi/jaminan kesehatan ... BPJS Purnawirawan
- 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal ... Komplek Perum

2. Nutrisi, cairan & metabolic

a. Gejala (subyektif)

- 1) Diit biasa (tipe) : ^{Makan Lunak} jumlah makan per hari : ^{3x}
- 2) Pola diit : ^{MU 3x sehari} makan terakhir : ^{habis}
- 3) Nafsu/selera makan : ^{tidak ada} 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
- 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 : ^{36,5} °C
Diaphoresis : () tidak ada () ada,
jelaskan
- 2) Berat badan : ⁶⁰ kg, tinggi badan : ¹⁵⁰ cm IMT ^{24 kg/m²}
Turgor kulit : ^{baik} tonus otot : ^{lemah khususnya pada anggota gerak}
^{kin}
- 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,

-
 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 :
 bersih

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernapasan

a. Gejala (subyektif)

- 1) Dispnea : tidak ada () ada, jelaskan
 2) Yang meningkatkan/mengurangi sesak
 3) Pemajanan terhadap udara berbahaya
 4) Penggunaan alat bantu : () tidak ada
 ada O_2 nasal kanul (2 lpm)

b. Tanda (obyektif)

- 1) Pernapasan : frekwensi $16 \times/m$ kedalaman dalam
 Simetris *simetris*
 2) Penggunaan alat bantu nafas :
 nafas cuping hidung
 3) Batuk : sputum (karakteristik sputum)
 4) Fremitus : bunyi nafas :
 5) Egofoni : sianosis :

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri) dan latihan

a. Gejala (subyektif)

- 1) Kegiatan dalam pekerjaan *merapikan rumah (IRT)*
 2) Kesulitan/keluhan dalam aktivitas
 a) Pergerakan tubuh *terbatas akibat kelemahan*
 b) Kemampuan merubah posisi () mandiri
 perlu bantuan, jelaskan *pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas atas & bawah*
 c) Perawatan diri (mandi, mengenakan pakaian, bersolek, makan, dll)
 () mandiri () perlu bantuan, jelaskan
 3) Toileting (BAB/BAK) : () mandiri, perlu bantuan,
 Jelaskan *pasien menggunakan rampers & perlu bantuan saat menggantung*
 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*
 3) Penampilan umum
 a) Tampak lemah : () tidak ya, jelaskan *pasien bedrest*

- b) Kerapian berpakaian *tutup rapi*
- 4) Pengkajian neuromuskuler
 Masa/tonus : *melemah pada anggota gerak kiri*
 Kekuatan otot : *4/3*
 Rentang gerak : *terbatas* Tangan & kaki kiri kesulitan mengangkat
 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 *pasien tidak ada kesulitan tidur*
 Lama tidur *± 6 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 : *120/104* mmHg
 2) Mean Arteri Pressure/ tekanan nadi - *126* mmHg
 3) Nadi/pulsasi :
 a) Karotis :
 b) Femoralis :
 c) Popliteal : *99 x/m*
 d) Jugularis :
 e) Radialis :
 f) Dorsal pedis :
 g) Bunyi jantung : *Murni reguler* frekuensi : *99 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 : sianosis ⊖

7. Eliminasi

a. Gejala (subyektif)

- 1) Pola BAB : frekuensi : 1x/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 : 7x/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 :

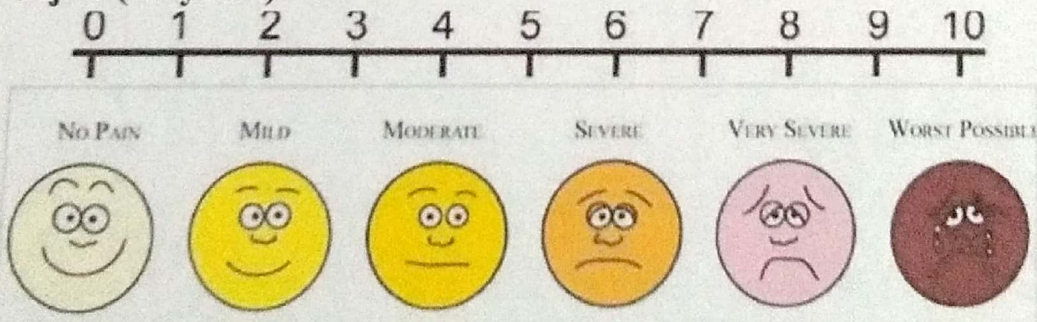
Jernih

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 pusing

- 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

- 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) 4

Respon motorik (m) 6 respon verbal 5

- 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

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

Tangan & kaki kanan refleks (+)

Tangan & kaki kiri refleks (+)

PENGKAJIAN NEUROLOGIS

1. Tingkat Kesadaran : Compositis (GCS : E4M6V5 = 015)

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

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.	Abduksen	Saraf motorik, gerakan mata ke lateral
7.	Facialis	Saraf motorik untuk ekspresi wajah
8.	Auditorius	Saraf sensorik untuk pendengaran dan keseimbangan
9.	Glossofaringeus	Saraf sensorik dan motorik - sensasi rasa
10.	Vagus	Saraf sensorik & motorik, refleks muntah & menelan
11.	Aksesoris	Saraf motorik, menggerakkan bahu
12.	Hipoglossus	Saraf motorik, untuk gerakan lidah

3. Pengkajian Kekuatan Otot $\frac{4}{3}$
 $\frac{4}{3}$
 -> Tangan kanan : Mampu menahan tahanan
 -> Tangan kiri : Tidak mampu menahan tahanan
 -> Kaki kanan : Mampu menahan tahanan
 -> Kaki kiri : Tidak mampu menahan tahanan

4. Pengkajian Refleks
 1. Biceps ++/++
 2. Triceps ++/++
 3. Brachioradialis ++/++
 4. Patella ++/++
 5. Achilles ++/++

- 9) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada () ada, menjaga area sakit
 Respon emosionalpenyempitan 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 darahriwayat 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 tubuh36,5.....°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
 Input Aseng
- 8) Gangguan keseimbangan () tidak ada () ada, jelaskan
 Ada kelemahan pada ekstremitas atas & bawah

- 9) Kekuatan umumlemah..... tonus ototmelemah pada ekstremitas atas
Parese atau paralisa2 bawah..... bagian kiri
.....Bayan.....Mmuh sebelah kiri.....

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
Pasien mengatakan cemas dengan 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)
mentan solusi
.....
- 4) Upaya klien dalam menghadapi masalahnya sekarang.....diskusi dengan keluarga.....
- 5) Perasaan cemas/takut : () tidak ada () ada, jelaskan
cemas dengan pemulihan kesehatannya
.....

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

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

8) Konsep diri

a) Citra diri :

pasién mengatakan kondisinya merupakan ujian dari Allah SWT

b) Ideal diri :

pasién yakin akan sembuh cepat atau lambat .

c) Harga diri :

pasién mengatakan keluarganya sangat menyayanginya dan dokter serta perawat di RS sangat membanhunya.

d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas :

tidak ada

e) Konflik dalam peran :

tidak ada .

b. Tanda (obyektif)

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

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

12. Interaksi social

a) Gejala (subyektif)

1) Orang terdekat & lebih berpengaruh

Anak

2) Kepada siapa pasien meminta bantuan bila mempunyai masalah

Anak

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 (perlahan)

Tidak dapat dimengerti afasia

2) Pola bicara tidak biasa/kerusakan

tidak ada

3) Penggunaan alat bantu bicara

tidak ada

Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI (1-7-19)		
Hb	11,2 *	12,0-16,0g/dL
Ht	33 *	37-47 %
Eritrosit	3,9 *	4,3-6,0 juta/ μ L
Leukosit	800	4800-10800/ μ L
Trombosit	230000	15000-40000/ μ L
Hitung Jenis		
* Basofil	0	0-1 %
* Eosinofil	3	1-3 %
* Batang	3	2-5 %
* Segmen	44 *	50-70 %
* Limfosit	45 *	20-40 %
* Monosit	5	2-8 %
MCV	85	80-96 fL
MCH	29	27-32 pg
MCHC	34	32-36g/dL
RDW	14,4 %	11,5-14,5 %
Koagulasi		
PT		
• Kontrol	10,9	detik
• Pasien	10,3	9,3-11,8 detik
APTT		
• Kontrol	23,5	detik
• Pasien	27,5	23,4-31,5 detik
KIMIA KLINIK		
SGOT	12	<35 U/L
SGPT	7	<40 U/L
Albumin	4,5	3,5-5,0g/dL
Ureum	45	20-50 mg/dL
Kreatinin	1,3	0,5-1,5mg/dL
eGFR	2,98	
kolesterol Total (02-7-19)	283 *	<200mg/dL
Trigliserida	237 *	<160mg/dL
kolesterol HDL	36	>35 mg/dL
kolesterol LDL	200 *	<100mg/dL
Asam urat	10,8 *	2,4-5,7 mg/dL
GDS	104	80-115 mg/dL
GD (2 jam PP)	109	80-140 mg/dL

- 4) Adanya jaringan laringaktomi/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 CT Scan kepala (1-7-19) → Infark multiple di periventrikel lateralis kanan kiri dan kapsula eksterna kanan dan lobus oksipital kanan

3. EKG

4. USG

5. CT Scan

6. Pemeriksaan lain

7. Obat-obatan 01-07-19 : CPE 1x75 mg (po), Citicolin 2x1gr (iv),
Phenitain 2x100 mg ep (po), Perdipine 10 mg,

8. Diet

Makan Lunak 3 x sehari

Snack Juice 2x 100 cc.

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1.	CPE	1x75mg(po)	Obat yang berfungsi untuk mencegah trombosit (platelet) saling menempel yg menyebabkan risiko pembentukan gumpalan darah
2.	Citicolin	2x1gr(iv)	Obat neuroprotektor yg berpotensi untuk mencegah kerusakan otak lebih lanjut
3.	Phenitain	2x100mg tab (po)	obat untuk mencegah dan mengontrol kejang
4.	Perdipine	10 mg	Obat yang digunakan dengan atau tanpa obat lain untuk mengobati tekanan darah tinggi

ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
<p>Senin 01-7-19</p>	<p><u>DS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan Ny. K masuk RS dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 2 jam sebelum masuk RS, pusing, muntah dan kejang - Pasien mengeluh pusing <p><u>DO :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - TD: 170/104 mmHg - MAP: 126 mmHg - Adanya hemiparisis (anggota tubuh bagian kiri). - Hasil CT-Scan kepala (01 Juli 2019), kesan infark multiple di periventrikel lateralis kanan kiri dan kapsula eksterna kanan dan lobus oksipital. 	<p>ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral</p>	<p>Suplai darah dan oksigen ke otak tidak adekuat.</p>
<p>Senin 01-7-19</p>	<p><u>DS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K mengatakan mengalami kelemahan pada anggota gerak bagian kiri <p><u>DO :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot $\frac{4}{3}$ - Tonus otot pasien lemah pada anggota gerak bagian kiri. - Rentang gerak terbatas pada anggota gerak bagian kiri (tangan dan ka 	<p>Hambatan Mobilitas Fisik</p>	<p>Kerusakan Neurovaskuler.</p>

ANALISIS DATA

Hari/ Tgl/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
	kikaran pasien tidak mam pu mengangkat maksimal)		
Senin, 1-7-19	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.K mengatakan memi liki penyakit hipertensi sejak 15 tahun yang lalu, pasien pernah mengala mi stroke tahun 2007 - Pasien mengatakan kada ng-kadang mengkonsumsi makanan yang berlemak karena ingin. - Pasien mengatakan kontro terakhir terlambat dan o batnya habis. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 190/104 mmHg - MAP: 126 mmHg - Kolesterol total 283 mg/dL - Kolesterol LDL: 200 mg/dL - Triglisida: 233 mg/dL 	Ketidakefektifan Manajemen Kese hatan Diri	Kompleksitas reglmen terapeutik.

DIAGNOSA KEPERAWATAN :

1. Kebidakefektifan perfusi jaringan serebral bd suplai darah dan oksigen ke otak tidak adekuat
2. Hambatan mobilitas fisik bd kerusakan neurovaskuler
3. Kebidakefektifan manajemen kesehatan diri bd kompleksitas regimen terapeutik.

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1	Senin 01-7-19	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"> - kode 0406: Perfusi Jaringan Serebral 1. TD sistol dalam batas normal 2. TD diastol dalam batas normal 3. MAP dalam batas normal 4. Tidak ada sakit kepala 5. Tidak ada muntah 6. Tidak ada kegelisahan 7. Tidak ada penurunan kesadaran (GCS). <p>- kode 0401: Status Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas normal 2. Saturasi oksigen dalam batas normal 	<p>Kode 2550: Peningkatan Perfusi Serebral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor mean arterial pressure (MAP) 2. Monitor status neurologi 3. Berikan head up position 30° 4. Kolaborasi pemberian obat antiplatelet 5. Monitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK. 6. Kolaborasi dalam pemberian obat anti trombotik.

RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1.	Senin, 01-7-19	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"> 1. Pasien dapat mengatur posisi tubuh dalam skala tidak terganggu 2. Pasien dapat mengkoordinasikan tubuhnya dalam skala tidak terganggu 3. Pasien mampu untuk berjalan dalam skala tidak terganggu 4. Pergerakan otot dan sendi pasien dalam skala tidak terganggu . 	<p>Kode 0224 : Terapi Mobilitas sendi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan 2. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam melakukan program latihan 3. Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat latihan sendi . 4. Dukung latihan ROM aktif atau pasif jika perlu .

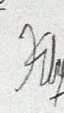
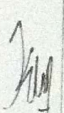
RENCANA INTERVENSI

No.	Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
3.	Senin, 01-7-19	Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan 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"> 1. Pasien rutin memantau dan mengontrol tanda gejala penyakitnya dengan kontrol kesehatan rutin 2. Mengikuti diet yang direkomendasikan 3. Mencegah kebiasaan yang potensial meningkatkan penyakit 4. Meminum obat secara teratur . 	<p>Kode 5515 : Peningkatan Kesadaran Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan perawatan kesehatan yang nyaman sehingga pasien mampu meminta bantuan setara nyaman 2. Bantu pasien menyadari sendiri terkait manajemen penyakit yang pasien alami seperti manfaat menjaga pola hidup sehat dan akibat dari pola hidup yang buruk 3. Berikan pasien kesempatan untuk memutuskan manajemen kesehatan diri yang akan pasien lakukan selanjutnya .

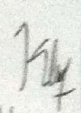
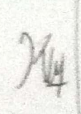
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl/Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Selasa 02-7-19 Dinas Ragi	1.	09.40	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: Kesadaran composmentis, GCS E4 M5 V5	Juli
		09.40	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan TIK	2. S: pasien mengeluh pusing O: pasien tampak tenang, tidak ada muntah, tidak ada penurunan kesadaran	
		09.45	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 162/100 mmHg S: 36,5°C N: 92 x/m SPO ₂ : 97% R: 20 x/m MAP: 129,7 mmHg	
		09.50	4. Memberikan head up position 30°	4. S: - O: pasien tampak nyaman, setelah 15 menit dievaluasi: TD: 159/100 mmHg MAP: 119,7 mmHg	
		12.25	5. Kolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet	5. S: - O: pasien diberikan CPG 1 x 75 mg (po)	
		12.25	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan citicolin 2 x 1g (iv)	
Selasa 02-7-19 Dinas Ragi	2.	10.10	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan	1. S: Pasien mengatakan lemah pada anggota gerak kirinya O: pasien nampak mengalami hemiparesis bagian kiri - Kekuatan otot $\frac{4/3}{4/3}$	Juli

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Selasa 02-7-19 Dinas Pagi	2.	10.15	2. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga manfaat melakukan latihan sendi	2. S: Pasien dan keluarga paham manfaatnya O: Pasien dan keluarga mampu menyebutkan ulang manfaat lat. sendi	
		10.20	3. Mendukung Latihan ROM Aktif	3. S: - O: Dibenarkan latihan rom aktif dan mengajarkan pada keluarga	
		10.40	4. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam melakukan program latihan	4. S: - O: pasien ^{keluarga} diberikan ROM aktif oleh fisioterapi.	
Selasa 02-7-19 Dinas Pagi	3.	12.25	1. Menciptakan lingkungan kesehatan yang nyaman sehingga pasien mampu meminta bantuan secara 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
Rabu 03-7-19 Diras Pagi	1.	09:05	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: kesadaran kompos mentis. GCS E4M6V5	
		09:05	2. Memonitor adanya tanda dan gejala peningkatan tIIC	2. S: pasien mengeluh pusing berkurang O: pasien tampak tenang, muntah (-) tidak ada penurunan kesadaran	
		09:10	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 159/101 mmHg S: 36°C N: 82 x/m SPO2: 98% R: 20 x/m MAP: 129.3 mmHg	
		09:15	4. Memberikan head up position 30°	4. S: - O: pasien tampak nyaman, setelah 15 menit dievaluasi: TD: 155/100 mmHg MAP: 118.5 mmHg	
		12:30	5. Kolaborasi dalam pemberian antiplatelet	5. S: - O: pasien diberikan CPG 1x75mg (po)	
		12:30	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan titalin 2x1 (g (w)).	
Pada 3-7-19 Diras Pagi	2.	11:00	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 $\frac{4/3}{4/3}$	



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Rabu, 7-7-19 Dinas Pagi	2.	11.05	2. Mendukung Latihan Rom Aktif.	<p>2. S: pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: Dibenarkan latihan rom aktif dan dibantu kelarsa.</p>	YH
Rabu, 7-7-19 Dinas Pagi	3.	12.05	1. Menciptakan lingkungan perawatan kesehatan yang nyaman sehingga pasien mampu meminta bantuan secara nyaman	<p>1. S: pasien mengatakan nyaman dengan pelayanan kesehatan yg dibenarkan</p> <p>O: pasien dan keluarga tidak segan dalam meminta bantuan</p>	YH
		12.10	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>2. S: pasien mengatakan bahwa seranegan stroke nya terjadi akibat dari pola makannya yg tidak dijaga dan tidak kontrol tepat waktu</p> <p>O: pasien mampu menjawab dan menyadari sendiri terkait manajemen penyakitnya.</p>	
		12.20	3. Memberikan pasien kesempatan untuk memutuskan manajemen kesehatan diri yang akan pasien lakukan selanjutnya.	<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>	


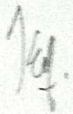
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Kamis 8-7-19 Dinas Pagi	1	09.10	1. Memonitor status neurologi (tingkat kesadaran)	1. S: - O: kesadaran composmentis. ETS Eu M ₆ V ₅	[Signature]
		09.15	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	
		09.20	3. Memonitor MAP	3. S: - O: TD: 150/93 mmHg S: 36,6°C R: 20 x/m SPO ₂ : 98% P: 20 x/m MAP: 116 mmHg	
		09.25	4. Memberikan headup position 30°	4. S: pasien mengatakan nyaman O: pasien tampak nyaman. Setelah 15 menit dievaluasi TD: 146/93 mmHg MAP: 110,7 mmHg	
		12.30	5. Kolaborasi dalam pemberian obat antiplatelet	5. S: - O: pasien diberikan CPG 1 x 75 mg (po)	
		12.30	6. Kolaborasi dalam pemberian obat neuroprotektor	6. S: - O: pasien diberikan atiradine 2 x 1g (iv)	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Shift	No. Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan (S, O)	Paraf
Kamis 4-7-19 Dinas Pagi	2.	10.20	1. Menentukan keterbatasan dalam melakukan gerakan	1. S: pasien mengatakan masih merasa lemah pada anggota gerak kirinya walaupun sudah mulai berkurang O: kelemahan pada anggota gerak kanan. kekuatan otot $\frac{4/2}{4/3}$	
		10.25	2. Mendukung latihan ROM aktif		
Kamis 5-7-19 Dinas Pagi	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
Kamis 4-7-19 Dinas Pagi	1.	12.40	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak pusing</p> <p>O:- Kesadaran composmentis. GCS E4M6V5</p> <p>- TTU: TD: 143/90 mmHg S: 36,5°C</p> <p>N: 91 x/m SPO₂ = 98%</p> <p>R: 20 x/m MAP: 107,7 mmHg.</p> <p>- Pasien tidak nampak adanya sakit kepala, muntah ☹</p> <p>- Pasien tampak tenang</p> <p>- Adanya hemiparase bagian kiri.</p> <p>A: Ketidakefektifan 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>	
Kamis 4-7-19 Dinas Pagi	2.	12.50	<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 $\frac{4/3}{4/3}$</p> <p>A: Hambatan Mobilitas fisik belum teratasi (Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi)</p> <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
Kamis, 4-7-19 Dinas Pagi	3.	1300	<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 : Kehadiranepektifan 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>	