

### **BAB III**

#### **LAPORAN STUDI KASUS**

Di Ruang Saraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dengan no.rm/cm 264441, pukul 09.00 WIB, tanggal 22 Februari 2022 terdapat pasien bernama Tn.J berusia 51 tahun dengan diagnose medis stroke non hemoragik.

#### **A. Data dasar**

##### **a. Identitas Pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Febuari 2022 pukul 09.00 wib. Nama pasien Tn.J, nomor rekam medis 264441. Usia 51 tahun, status perkawinan sudah menikah, pekerjaan wirasuasta, agama islam, pendidikan sma, suku lampung, bahasa yang digunakan bahasa indonesia, alamat rumah desa jemenang kecamatan rambang dangku kabupaten muara enim, sumber biaya umum diagnose medis stroke non hemoragik (snh).

##### **b. Sumber informasi (penanggung jawab)**

Penanggung jawab pasien nama Tn.R, umur 48 tahun, hubungan dengan pasien adalah adik, pendidikan SMP, pekerjaan wirasuasta, alamat rumah desa jemenang kecamatan rambang dangku kabupaten muara enim.

#### **B. Riwayat kesehatan**

##### **a. Riwayta kesehatan masuk RS**

pasien datan ke UGD RSUD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung utara diantar oleh keluarga pada tanggal 22 Februari 2022 pukul 08:17 wib dengan keluhan pasien mengatakan lemah kurang lebih sekitar 1 minggu, pasien mengatakan pusing, lemah pada tangan dan kaki sebelah kanan, pasien kesulitan berbicara, berbicaranya pelo.

##### **b. Riwatan kesehatan saat pengkajian**

###### **1. Keluhan umum**

Saat dilakukan pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba sulit diajak berbicara.

###### **2. Keluhan penyakit**

Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing. Nyeri tengkuk dan terasa berat, tekana darah 140/100 mmHg. Pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan.

c. Riwayat kesehatan lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes militus sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan atau obat-obatan. Keluarga mengatakan sebelumnya pasien belum pernah dirawat di rumah sakit.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pada saat dilakukan pengkajiaan keluarga klien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki keluarga dengan riwayat stroke.

e. Riwayat psikososial-spiritual

Saat dilakukan pengkajian pasien kesulitan berkomunikasi dengan keluarganya, pasien mendapat support dukungan dari keluarga terhadap penyakit yang di derita.

f. Lingkungan

Keluarga pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah dalam keadaan bersih dan terbebas dari polusi udara, tidak ada pekerjaan yang mengancam jiwa.

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1. Pola nutrisi

a). Nutrisi sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari dengan menghabiskan 1 porsi makanan yang seperti biasa pasien makan, pasien makan secara oral dan dapat melakukannya secara mandiri. Pasien mengurangi makanan yang mengandung garam dan yang manis-manis. Pasien mengatakan tidak terjadi perubahan berat badan selama 3 bulan terakhir.

b). Nutrisi saat sakit

Keluarga mengatakan saat sakit frekuensi makan pasien 3x sehari dengan setengah porsi makanan dan menu yang disediakan oleh rumah sakit, dan

pasien makan dengan bantuan dari keluarganya. Makan tambahan yang sering dikonsumsi yaitu buah.

## 2. Cairan

### a). Sebelum sakit

Sebelum sakit asupan cairan pasien dengan melalui oral, pasien minum air putih, 8-9 gelas per hari.

### b). Saat sakit

Saat sakit asupan cairan pasien minum air putih kurang lebih 3 gelas sehari dan saat dirawat di rumah sakit pasien terpasang IVFD rl 20 tetes permenit.

## 3. Eliminasi

### a). BAB/BAK sebelum sakit

Pasien mengatakan bak sehari 3-4 kali sehari, pasien mengatakan warna urin kuning jernih dan bau khas urine. Pasien mengatakan bab sehari 1 kali sehari setiap pagi hari, feses berwarna kuning dengan tekstur lembek dan bau khas feses.

### b). BAK/BAB saat sakit

Pasien mengatakan BAK 2-3 kali sehari dengan warna urine kuning pasien mengatakan BAB setelah 3 hari dirawat di rumah sakit, feses padat dan berwarna kuning, saat bab pasien dibantu oleh keluarga.

## 4. Personal hygiene

### a). Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mandi 2 kali dalam sehari, menggosok gigi 2 kali sehari, cucu rambut 3 kali dalam seminggu.

### b). Saat sakit

saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan dari hari kemarin belum mandi, pasien juga belum menggosok gigi, dan belum mencuci rambut selama sakit.

## 5. Istirahat dan tidur

### a). Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien tidur 7-8 jam sehari, siang dan pada malam hari, pasien juga mengatakan tidak pernah menggunakan obat tidur.

### b). Saat sakit

saat pengkajian pasien mengatakan tidur pasien saat sakit 4-5 jam setiap hari, siang dan malam karena merasa tidak nyaman dengan lingkungan di rumah sakit.

## 6. Aktivitas dan latihan

### a). Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan melakukan pekerjaan sehari-hari dengan mandiri dan melakukan aktifitasnya secara mandiri, seperti membersihkan rumah, mandi, menggunakan pakaian, bak/bab, makan dan minum.

### b). Saat sakit

Saat sakit pasien mengatakan sudah tidak mampu melakukan aktifitas seperti biasa. Pasien hanya terbaring lemas di atas tempat tidur. Pasien mengatakan untuk aktifitas perlu bantuan dari keluarganya.

## H. Pemeriksaan fisik

### a). Pemeriksaan umum

pada saat dilakukan pemeriksaan umum didapatkan hasil kesadaran apatis, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,9 °C, dan Tb/Bb 160 cm/62 kg.

## I. Pemeriksaan fisik per sistem

### a). Sistem penglihatan

pada saat dilakukan pengkajian posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna merah muda, sclera anikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, pasien menggunakan alat bantu penglihatan.

- b). Sistem pendengaran  
pada saat dilakukan pengkajian pada pasien fungsi pendengaran baik, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.
- c). Sistem wicara  
pada saat dilakukan pengkajian pasien terlihat kesulitan berbicara, berbicara pelo bibir tidak simetris.
- d). Sistem pernafasan  
pada saat pengkajian pernafasan pasien 20 x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sputum, irama pernafasan teratur, ada tidak menggunakan alat bantu nafas.
- e). Sistem kardiovaskuler  
pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi pasien 80x/ menit, tidak ada distensi vena jugularis, suhu 36,9 °C dengan keadaan hangat, pengisian kapiler <3 detik, tidak ada edem. tekanan darah 140/100 mmHg.
- f). Sistem neuro logi  
pada saat pengkajian keadaan pasien apatis dengan nilai GCS = E4V3M6 (13). Pasien mengalami gangguan pada N.XI dengan gangguan ekstermitas, N.VII gangguan pada asimetris pada wajah dan N.X gangguan bicara/komunikasi.
- g). Sistem pencernaan  
pada saat pengkajian keadaan mulut pasien tampak bersih namun gigi tampak kotor. Pasien mengatakan dapat minum, makan dan minum secara oral, pasien tidak mengalami muntah.
- h). sistem integument  
pada saat dilakukan pengkajian keadaan rambut pasien berwarna hitam. Rambut pasien tampak lepek, sedikit berminyak, dan kotor.
- i). sistem endokrin  
pada saat pengkajian napas pasien tidak berbau keton tidak ada tremor, dan hasil pemeriksaan laboratorium pasien gula darah sewaktu 243 mg/dl.
- j). sistem muskulo keletal

pada saat di lakukan pengkajian pasien tampak lemah, pasien mengatakan tangan dan kakikinya lemah untuk melakukan pergerakan. Pasien tampak di bantu dengan keluarga saat beraktivitas, pasien terlihat tirah baring di tempat tidur.

kekuatan otot :

3333	5555
3333	5555

## J. Pengobatan

Jadwal pengobatan Tn.J pada tanggal 21-25 Februari 2022 terdapat pada table berikut :

Table 3.1  
Jadwal Pengobatan Tn.J di Ruang Saraf  
RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
Tanggal 21-25 Februari 2022

No	Senin 21 febuari 2022	Selasa 22 febuari 2022	Rabu 23 febuari 2022
1.	Cairan infus rl 500 cc/8 jam 20 tpm	Cairan infus rl 500 cc/8 jam 20 tpm	Cairan infus rl 500 cc/8 jam 20 tpm
2.	Injeksi 1. Citocilin 2x500cc/8 2. Ranitidine 2x50 mg 3. Micobalamin 2x500 mg 4. Ondansentron 3x4 mg 5. Ketorolac 3x30 mg 6. Paracetamol 2x3 gr	Injeksi 1. Citocilin 2x500cc/8 2. Ranitidine 2x50 mg 3. Micobalamin 2x500 mg 4. Ondansentron 3x4 mg 5. Ketorolac 3x30 mg 6. Paracetamol 2x3 gr	Injeksi 1. Citocilin 2x500cc/8 2. Ranitidine 2x50 mg 3. Micobalamin 2x500 mg 4. Ondansentron 3x4 mg 5. Ketorolac 3x30 mg 6. Paracetamol 2x3 gr
3.	Oral 1. Amoldipin 1x10 mg 2. Glimepiride 1x2 mg	Oral 1. Amoldipin 1x10 mg 2. Glimepiride 1x2 mg	Oral 1. Amoldipin 1x10 mg 2. Glimepiride 1x2 mg

### Jenis obat dan kegunaan

1. Citocililn adalah obat untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala
2. Ranitidine adalah obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih.
3. Micobalamin adalah obat untuk mengatasin kekurangan vitamin B12
4. Ondanseentron adalah obat yang sering digunakan untuk mencega rasa mual dan muntah
5. Ketorolac adalah obat yang digunakan untuk mengatasi nyeri sedang maupu nyeri yang berat.
6. Paracetamol adalah obat untuk meredakan panas dan nyeri
7. Amoldipin adalah obat penghambat saluran kalsium yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi dan penyakit arteri kroner.
8. Glimepireid adalah obat untuk menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes tipe 2

### K. Pemeriksaan penunjang

hasil pemeriksaan laboratorium pada Tn.J pada tanggal 21 Februari 2022 terdapat pada table berikut:

Table 3.2  
Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Tn.J di Ruang Saraf  
RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
Tanggal 21-25 Februari 2022

No	Nama pemerikdaan	Hasil tes	Nilai normol
1.	Hemoglobin	17,70gr/dl	12,30-18,00gr/dl
2.	Leukosit	9,400	4,000-10,000
3.	Hematokrit	49%	40-50
4.	Trombosit	194,000	150,000-400,000
5.	Kolesterol	134 mg/dl	0-240 mg/dl
6.	Gula daeah sewaktu	243 mg/dl	70-180 mg/dl

L. Data validasi pengkajian pada Tn.J terdapat pada table berikut:

Table 3.3  
Hasil pengkajian pada Tn.J  
di Ruang Saraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data subjektif	Data objektif
1	2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh kepalanya pusing, nyeri tengkuk dan terasa berat</li> <li>2. Pasien mengeluh badanya lemas</li> <li>3. Keluarga pasien mengatakan pasien sulit diajak komunikasi</li> <li>4. Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan sulit untuk digerakan</li> <li>5. pasien mengatakan Makan 3x sehari dengan setengah porsi makanan</li> <li>6. pasien mengatakan minum air putih kurang lebih 3 gelas sehari</li> <li>7. pasien mengatakan dari hari kemarin belum mandi, pasien juga belum menggosok gigi, dan belum mencuci rambut selama sakit.</li> <li>9. pasien mengatakan tidur pasien saat sakit 4-5 jam setiap hari</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat lemah</li> <li>2. Pasien terlihat gerakannya terbatas, seperti miring kanan dan miring kiri kesulitan, dan duduk ditempat tidur di bantu oleh keluarga</li> <li>3. Pasien terlihat sulit berbicara seperti ada penekanan</li> <li>4. Pasien terlihat bicaranya nampak pelo, bibir tidak simetris</li> <li>5. Sulit berkomunikasi harus dekat pasien, terhadap kontak mata</li> <li>6. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarganya</li> <li>7. Tekanan darah 140/100 mmHg</li> <li>8. Penurunan berat badan 10% dibawah rentang ideal</li> <li>9. Pernapasan 20x/menit</li> <li>10. Suhu 36,9 °C</li> <li>11. Nadi 80 x/ menit</li> <li>12. TB/BB 160 cm/62 kg</li> <li>13. GCS 13 (E4V3M6)</li> <li>14. Kekuatan otot kilien <u>3333   5555</u> 3333   5555</li> <li>15. Leukosit 9,400</li> <li>16. Kolesterol 134</li> <li>17. Gula darah sewaktu 243 mg/dl</li> <li>18. Cairan infun rl 500 cc/8 jam 20 tpm</li> <li>19. Inj. Citocilin 2x500 mg</li> <li>20. Inj. Ranitidine 2x50 mg</li> <li>21. Inj. Mecobalamin 2x500 mg</li> <li>22. Inj. Ondansetron 3x4 mg</li> <li>23. Inj. Ketorolac 3x30 mg</li> <li>24. Inj. Paracetamol gr</li> <li>25. Amoldipin 1x10 mg oral</li> <li>26. Glimepiride 1x2 mg oral</li> </ol>



## M. Analisis data

Analisis data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Tn.J adalah seperti table berikut:

Table 3.4  
Analisis data dari hasil pengkajian Tn.J  
di Ruang Saraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
	<p>Ds.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh kepala pusig dan nyeri trngkuk terasa berat</li> <li>2. Pasien mengeluh lemas</li> <li>3. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan kana dan kaki kanan</li> </ol> <p>Do.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien gerakan tampak terbatas sulit menggerakkan tangan dan kaki bagian kanan</li> <li>2. Pasien tampak lemah</li> <li>3. Tekanan dara = 140/ 100 mmHg</li> <li>4. Pernapasan = 20 x/menit</li> <li>5. Suhu = 36,9 °C</li> <li>6. Nadi = 80 x/menit</li> <li>7. Tb/bb = 160 cm/62 kg</li> <li>8. Ketorolac 3 x30 mg</li> <li>9. Amoldipin 1 x 10 mg oral</li> <li>10. Ranitidine 2x 50 mg</li> </ol>	Perfusi jaringan serebral tidak efrkif	Hipertensi
2.	<p>Ds.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan badannya terasa lemah</li> <li>2. Pasien mengatakan tangan dan kaki bagian kanan sulit digerakan</li> </ol> <p>Do.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemas</li> <li>2. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga</li> </ol>	Gangguan mobilitas fisik	Kekuatan otot menurun

	<p>3. Gerak pasien tampak terbatas seperti miring kana dan miring kiri</p> <p>4. Pasien tampak terbaring di tempat tidur</p> <p>5. Kerusakan N,XI (gangguan ekstremitas )</p> <p>6. Kekuatan otot 3333 5555 3333 5555</p> <p>7. Tekana darah 130/90 Mmhg</p> <p>8. Pernapasan 20x/m</p> <p>9. Suhu 36,9 °C</p> <p>10. Nadi 80 x/menit</p> <p>11. Td/bb 160 cm/62 kg</p> <p>12. GCS 13 (E4V3M6)</p> <p>13. Micobalamin 2x500mg</p> <p>14. Paracetamol 2x3 gr</p> <p>15. Ketorolace 3x30 mg</p>		
3.	<p>Ds.</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan pasien sulit berbicara</p> <p>Do.</p> <p>1. Pasien berbicara tampak pelo, bibir tampak tidak simetris</p> <p>2. Terdapat kontak mata</p> <p>3. Saat diajak berkomunikasi pasien terlihat selalu meminta mengulai apa yang ditanyakan peerawat</p> <p>4. Mecobalamin 2x50 mg</p> <p>5. Citicolin 2x500 mg</p>	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler
4	<p>Ds</p> <p>1. Pasien mengatakan Makan 3x sehari dengan setengan porsi makanan</p> <p>2. Pasien mengatakan minum air putih kurang lebih 3 gelas sehari</p> <p>Do</p>	Deficit nutrisi	Kurangnya asupan makan

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan berat badan 10% dibawah rentang ideal</li> <li>2. Tekanan dara = 140/ 100 mmhg</li> <li>3. Pernapasan = 20 x/menit</li> <li>4. Suhu = 36,9 °C</li> <li>5. Nadi = 80 x/menit</li> <li>6. Tb/bb = 160 cm/62 kg</li> <li>7. Ondansentron 3x4 mg</li> <li>8. Ranitidine 2x50 mg</li> <li>9. Gimepirede 1x2 mg oral</li> </ol>		
5	<p>Ds</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan dari hari kemarin belum mandi, pasien juga belum menggosok gigi, dan belum mencuci rambut selama sakit.</li> </ol> <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, ke toilet, dan berhyas secara mandiri</li> <li>2. Tekanan dara = 140/ 100 mmhg</li> <li>3. Pernapasan = 20 x/menit</li> <li>4. Suhu = 36,9 °C</li> <li>5. Nadi = 80 x/menit</li> <li>6. Tb/bb = 160 cm/62 kg</li> </ol>	Deficit perawatan diri	Kelemahan
6	<p>Ds .</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidur pasien saat sakit 4-5 jam setiap hari</li> </ol> <p>Do</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan dara = 140/ 100 mmhg</li> <li>2. Pernapasan = 20 x/menit</li> <li>3. Suhu = 36,9c</li> <li>4. Nadi = 80 x/menit</li> </ol>	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur

	5. Tb/bb = 160/62 cm/kg		
--	-------------------------	--	--

### C. Diagnosa keperawatan

Daeri hasil analisis data maka diagnose keperawatan berdasarkan sekala priorotas sebagai berikut :

1. Perfusi jaringan serebrall tidak efektif berhubungan degan hipertensi ditandai dengan tekana darah sistolik mengkat, tekanandarh diastolik meningkat, dan sakit kepala.
2. Gangguan mobilitas fosik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan gerakan terbatas, kekuatan otot menurun, mengeluh sulit menggerakkan eksteremitas, dan fisik lemah.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromoskuler ditandai dengan afasis, peleo, dan sulit mengungkapkan kata-kata.
4. Deficit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan ditandai dengan berat badan menurun 10%
5. Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan tidak mampu mandi, mengenakan pakaiyan, ke toilet, dan berhiyas secara mandiri.
6. Gangguan pola tidur berubungan dengan kurang control tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur.

## D. Rencana keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada Tn.J terdapat pada table berikut :

Table 3.5  
Rencana Asuhan Keperawatan pada Tn.J  
di Ruang Saraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnose keperawatan	Rencana tujuan (SLKI)	Rencana intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1.	Perfusi jaringan serebral tidak efektif	Perfusi jaringan serebral (0406) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan dapat membaik dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah sistolik normal 2. Tekanan darah diastolic normal 3. Tidak ada sakit kepala 4. Tidak gelisah 5. Tidak ada kelesuan 6. Tingkat kesadaran meningkat 7. GCS E4V5M6	Menejemen edema serebral (2540) 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Beri posisi semi fowler 3. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan 4. Kurangi stimulus dalam lingkungan klien 5. Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 6. Kolaborasi pemberian obat terapi dengan obat 7. Ketorolac 3 x30 mg 8. Amoldipin 1 x 10 mg oral 9. Ranitidine 2x 50 mg
2.	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik (1.050442) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam,	Dukungan mobilitas (i.05173) 1. Identifikasi adanya nyeri

		<p>diharapkan mobilitas fisik dapat meningkatn dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot eningkat</li> <li>3. Retang gerak (rom) meningkat</li> <li>4. Gerakan terbatas menutrun</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>atau keluhan fisik lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor tanda-tanda vital sebelum mobilisasi</li> <li>3. Monitor keadaan umum sebelum melakukan mobilisasi</li> <li>4. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</li> <li>5. Bantu melakukan pergerakan miring kanan dan miring kiri</li> <li>6. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini</li> <li>9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>10. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukakn misalnya duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi, duduk disisi tempat tidur.</li> <li>11. Mecobalamin 2 x 500</li> </ol>
--	--	--	--

			mg 12. Ketorolac 2x30 mg 13. Paracetamol 2x3 gr
3.	Gangguan komunikasi verbal	<p>Komunikasi verbal (1.13118)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat</li> <li>4. Afasia menurun</li> <li>5. Pelo menuurun</li> </ol>	<p>Promosi komunikasi : deficit bicara (i.13492)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obser fasi monitor kecepatan, tekana, kualitas, volume dan dikasi bicara</li> <li>2. Monitor proses kognitif, anatomos, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa)</li> <li>3. Monitor frustasi, marah, deperesi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Gunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, maa berkedip, isyarat tangan)</li> <li>5. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>6. Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>7. Beri dukungan psikologis</li> <li>8. Anjurkan berbicara perlahan</li> <li>9. Rujuk ke ahlimpatologi bicara atau teraps</li> <li>10. Citocilin 2x50 mg</li> <li>11. Mecobalamin 2x500 mg</li> </ol>

E. Catatan Perkembangan


Catatan perkembangan Tn.J terdapat pada table berikut :


Table 3.6  
Catatan perkembangan Tn.J di Ruang Saraf  
RSUD Myjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 22-24 Februari 2022.

Catatan perkembangan hari pertama.


No	Tanggal /jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Selasa, 22 Februari 2022	<p>Pukul : 08.00 wib</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu)</p> <p>Pukul : 08.05 wib</p> <p>1. Memonitor adanya keluhan pusing</p> <p>Pukul : 08.10 wib</p> <p>1. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Pukul : 08.13 wib</p> <p>1. Memberikan posisi semi Fowler selama 30 menit</p> <p>Pukul 09.00 wib</p> <p>10. Berkolaborasi pemberian obat melalui injeksi intravena</p> <p>a. Citocilin 2x50 mg</p> <p>b. Ranitidin 2x50 mg</p> <p>c. Ondansetron 3x4 mg</p> <p>d. Mecobalamin 2x500 mg</p> <p>e. Ketorolac 3x30 mg</p>	<p>Pukul : 10.00 wib</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan kepalanya pusing</p> <p>2. Pasien mengatakan badannya lemas</p> <p>3. Pasien mengatakan tengkuk terasa berat</p> <p>4. Pasien mengatakan nyaman saat diberi posisi semi Fowler</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak lemah</p> <p>2. Tekanan darah = 140/100 mmHg</p> <p>3. Pernapasan = 20 x/menit</p> <p>4. Nadi = 80 x/menit</p> <p>5. Suhu = 36,8°C</p> <p>6. GCS = E4V3M6</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor tanda-tanda vital</p>





		f. Paracetamol 2x3 gr 11. Berkolaborasi pemberian obat melalui oral a. Amlodipin 1x10 mg b. Glimepiride 1x2 mg	2. Monitor adanya keluhan pusing 3. Berikan posisi semi fowler selma 30 menit 4. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter   Muhammad ridho aflah
2.	Selasa, 22 Februari 2022	Pukul : 10.20 wib 1. Mengkajia adanya keluhan fisik (mampu atau tidak melakuakn mobilisasi) Pukul : 11.00 wib 1. Menjelaskan kepada pasien an keluarga tentang tujuan dan prosedur mobilisasi Pukul : 11.10 1. Membantu pasien mengubah posisi miring kiri Pikul : 11.20 wib 1. Menganjurkan pasein untuk melakukan mobilisasi dibantu dengan keluarga (merubah posisi setiap 2 jam sekali )	Pukul : 11.40 wib S: 1. Pasien mengatan sulit untuk menggerakkan tanagn dan kaki kanan 2. Keluarga mengatakan aktivitas pasien selalu dibantu 3. Keluarga mengatakan sudah mulai paham tentang tujuan dan prosedur mobilisasi O: 1. Pasien nampak terbaring ditempat tidur 2. Aktivitas pasien nampal dibantu oleh keluarga 3. Kekuatan otot $\begin{array}{r} 3333 \ 5555 \\ \hline 3333 \ 5555 \end{array}$ 4. Tekanan darah : 140/100 mmhg 5. Nodi 80 x/menit 6. Pernapasan : 20 x/menit 7. Suhu : 36,8°C  A: masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Lakukan latihan rom pasif atau rom aktif dengan bantuan keluarga untuk meningkatkan pergerakan

			<p>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>3. Bantu pasien mengubah posisi miring kanan miring kiri</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p></p> <p>Muhammad ridho aflah</p>
3.	Selasa, 22 Februari 2022	<p>Pukul : 11.20 wib</p> <p>1. Mengobservasi kecepatan, tekanan, kekuatan, volume bicara</p> <p>Pukul : 11.25 wib</p> <p>1. Melihat perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Pukul : 11.28 wib</p> <p>1. Menggunakan komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan )</p> <p>Pukul : 11.30 wib</p> <p>1. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan pasien (berdiri didepan pasien, mendengarkan dengan seksama)</p>	<p>Pukul : 11.50 wib</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien kesulitan berbicara</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien nampak kesulitan berbicara, bicaranya perlahan</p> <p>2. Pasien terlihat susah mengeluarkan kalimat seperti ada penekanan, volume bicara kecil</p> <p>3. Pasien nampak ada kontak mata saat berkomunikasi</p> <p>4. Saat berkomunikasi pasien sering mengulangi pertanyaan, bicara peli, bibir tampak tidak simetris</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume bicara</p> <p>2. Gunakan komunikasi alternatif</p>


Catatan perkembangan hari kedua


No	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Rabu, 23 Februari 2022	<p>Pukul: 08.00 wib</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu)</p> <p>Pukul : 08.10 wib</p> <p>1. Memonitor adanya keluhan pusing</p> <p>Pukul : 08.12 wib</p> <p>1. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Pukul : 08.15 wib</p> <p>1. Memberikan posisi semi fowler selama 30 menit</p> <p>Pukul : 09.00 wib</p> <p>1. Berkolaborasi pemberian obat melalui enjeksi intravena</p> <p>a. Citocilin 2x50 mg</p> <p>b. Ranitidin 2x50 mg</p> <p>c. Ondansentron 3x4 mg</p> <p>d. Mecobalamin 2x500 mg</p> <p>e. Ketorolac 3x30 mg</p> <p>f. Paracetamol 2x3 gr</p> <p>2. Berkolaborasi pemberian obat melalui oral</p> <p>a. Amlodipin 1x10 mg</p> <p>b. Glimepiride 1x2 mg</p>	<p>Pukul : 08.30 wib</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan kepalanya masih pusing</p> <p>2. Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan yang tidak ramai pengunjung</p> <p>3. Pasien mengatakan nyaman saat diberi posisi semi fowler</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien masih terlihat lemah</p> <p>2. Tekanan darah = 130/100 mmhg</p> <p>3. Pernapasan = 20 x/menit</p> <p>4. Nadi = 82 x/menit</p> <p>5. Suhu = 36,5°C</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>2. Monitor adanya keluhan pusing</p> <p>3. Berikan psemi fowler selama 30 menit</p> <p>4. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter</p> <p></p> <p>Muhammad ridho aflah</p>
2.	Rabu, 23	Pukul : 09.30 wib	Pukul : 10.40 wib


	<p>Februari 2022</p>	<p>1. Melakuakn latihan rom pasif atau rom dengan bantuan keluarga yaitu gerakan adduksi, abduksi, dan rotasi Pukul : 09.40 wib 1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisas Pukul : 10.00 wib 1. Membantu mobilisasi sederhana yaitu duduk diatas tempat tidur dan duduk disisi tempat tidur Pukul : 10.15 wiib 1. Menganjurkan pasien untuk melakuakn mobilisasi dibantu dengan keluarga ( merubah posisi setiap 2 jam sekali )</p>	<p>S : 1. Pasien mengatakan tangan dan kaiknya mulai terasa membaik dapat begerak secra perlahan 2. Pasien mengatakan badanyanya sudah tidakk lemas seperti yang kemarin O : 1. Pasien mampu untuk duduk diatas tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur, dan pasien dapat miring kanan dan miring kiri 2. Pasien tampak tidak lemas 3. Tekana darah : 130/100 mmhg 4. Nadi : 82 x/ menit 5. Pernapasan : 20x/ menit 6. Suhu : 36,5°C 7. Kekuatan otot  <math display="block">\begin{array}{r l} 4444 &amp; 5555 \\ \hline 4444 &amp; 5555 \end{array}</math> A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Anjuarkan pasien dan keluarganya untuk melakuakn latihan rom secara rutin 2. Latihan ambulasi secara sederhana 3. Moitor kondidsi umum selama melakuakn mobilisasi     Muhammad ridho aflah</p>
--	--------------------------	---	--

3.	Rabu, 23 Februarai 2022	<p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>1. Mengobservasi kecepatan, tekanan, kekuatan, volume bicara</p> <p>Pukul : 11.05 wib</p> <p>1. Menganjurkan pasien bicara secara perlahan</p> <p>Pukul : 11.15 wib</p> <p>1. Menggunakan komunikasi alternatif (isyarat tangan)</p> <p>Pukul : 11.25 wib</p> <p>1. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan pasien ( berdiri di depan pasien, mendengarkan dengan seksama )</p>	<p>Pukul : 11.30 wib</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien sudah mulai perlahan bicara dengan jelas</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien nampak ada kontak mata saat berkomunikasi</p> <p>2. Pasien terdengar bicara mulai jelas secara perlahan, volume bicara keras</p> <p>3. Saat berkomunikasi pasien sering mengulangi pertanyaan, pasien berbicara masih terlihat pelo, dan bibi tampak tidak simetris</p> <p>A : masalah tertasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume bicara</p> <p>2. Gunakan komunikasi alternatif</p> <p></p> <p>Muhammad ridho aflah</p>
----	-------------------------------	---	---

Catatan perkembangan hari ketiga

No	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Kamis, 24 Februari 2022	<p>Pukul: 08.00 wib</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu)</p> <p>Pukul : 08.10 wib</p> <p>1. Memonitor adanya keluhan pusing</p> <p>Pukul : 08.12 wib</p> <p>1. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Pukul : 08.15 wib</p> <p>1. Memberikan posisi semi fowler selama 30 menit</p> <p>Pukul : 09.00 wib</p> <p>1. Berkolaborasi pemberian obat melalui enjeksi intravena</p> <p>a. Citocilin 2x50 mg</p> <p>b. Ranitidin 2x50 mg</p> <p>c. Ondansentron 3x4 mg</p> <p>d. Mecobalamin 2x500 mg</p> <p>e. Ketorolac 3x30 mg</p> <p>f. Paracetamol 2x3 gr</p> <p>1. Berkolaborasi pemberian obat melalui oral</p> <p>a. Amlodipin 1x10 mg</p> <p>b. Glimepiride 1x2 mg</p>	<p>Pukul : 10.00 wib</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan pusing kepala berkurang</p> <p>2. Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan yang sepi pengunjung</p> <p>3. Pasien nyaman saat diberi posisi semi fowler selama 30 meniti</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien masih terlihat lemah</p> <p>2. Tekanan darah = 130/90 mmhg</p> <p>3. Pernapasan = 22 x/menit</p> <p>4. Nadi = 72 x/menit</p> <p>5. Suhu = 36,7°C</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>2. Monitor adanya keluhan pusing</p> <p>3. Berikan posisi semi fowler selama 30 menit</p> <p>4. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter</p> <p></p> <p>Muhammad ridho aflah</p>
2.	Kamis, 24	Pukul : 10.30 wib	Pukul : 10.40 wib

	<p>Februari 2022</p>	<p>1. Melakuakn latihan rom pasif atau rom dengan bantuan keluarga yaitu gerakan adduksi, abduksi, dan rotasi Pukul : 10.45 wib 1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisas Pukul : 10.55 wib 1. Mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu perpindahan dari tempat tidur ke kursi</p>	<p>S : 1. Pasien mengatakan tangan dan kaiki kanannya mulai terasa membaik saat dilakukan latihan rom 2. Pasien mengatakan badanyanya sudah tidak terasa lemas O : 1. Pasien mampu untuk duduk diatas tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur 2. Pasien mampu berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi secara mandiri 3. Tekana darah : 130/90 mmhg 4. Nadi : 78 x/ menit 5. Pernapasan : 22x/ menit 6. Suhu : 36,7°C 7. Kekuatan otot <u>5555</u>   <u>5555</u> 4444   5555 A : masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Anjuarkan keluarga pasien untuk melakuakn latihan rom secara rutin kepada pasien 2. Moitor kondidsi umum selama melakukan mobilisasi  Muhammad ridho aflah</p>
3.	Kamis, 24 Februarai	<p>Puku : 13.00 wib 1. Mengobservasi kecepatan, tekanan, kekuatan,</p>	<p>Pukul : 11.30 wib S :</p>

	2022	<p>,volume bicara Pukul : 13.15 wib 1. Menganjurkan pasien bicara secara perlahan Pukul : 13.25 wib 1. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan pasien ( berdiri di depan pasien, mendengarkan degan seksama )</p>	<p>1. Pasien berkomunikasi dengan pengecapn yang sudah jelas O : 1. Pasien nampak ada kontak mata saat berkomunikasi 2. Saat berkomunikasi pasien tidak lagi menglangi pertanyaan ya, bicara pelo sudah berkurang, bibir simetris 3. GCS = E4V5M6 A : masalh tertasi sebagian P : hentikan intervensi</p> <p> Muhammad ridho aflah</p>
--	------	---	---