

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Data dasar

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 November 2021 pada pukul 10.00 WIB. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 22 November 2021 pada pukul 13.00 WIB. Nama klien Ny.S berumur 78 tahun dengan nomor rekam medis 202210, klien beralamat di Negara Ratu, Lampung Utara. Klien berjenis kelamin perempuan, status pernikahan klien cerai meninggal, klien beragama islam, pendidikan terakhir klien Sekolah Dasar dan klien tidak bekerja.

B. Riwayat kesehatan

1. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang dengan keluhan kelemahan anggota gerak sebelah kanan dan sulit berbicara sejak sore hari, muntah 1x pada siang hari, nyeri kepala, bicara pelo.

2. Riwayat kesehatan saat pengkajian

a. Keluhan utama : nyeri kepala

- 1) *Profokatif* (memperberat) : saat bergerak
- 2) *Paliatif* (memperingan): istirahat dan minum obat
- 3) *Quality* (kualitas) : seperti di timpa benda tumpul
- 4) *Quantity* (kuantitas) : diukur menggunakan skala 0-10 (VAS)
- 5) *Region* (lokasi) : kepala

6) *Radiation* (penyebaran) : tengkuk

7) *Severity* (dampak aktivitas): sulit beraktifitas

8) *Scale* (skala) : 6 (0-10)

9) *Time* (waktu) : hilang timbul

b. Keluhan penyerta : kelemahan anggota gerak sebelah kanan

3. Riwayat kesehatan dahulu

a. Riwayat alergi : klien tidak memiliki riwayat alergi

b. Riwayat kecelakaan :klien tidak memiliki riwayat kecelakaan

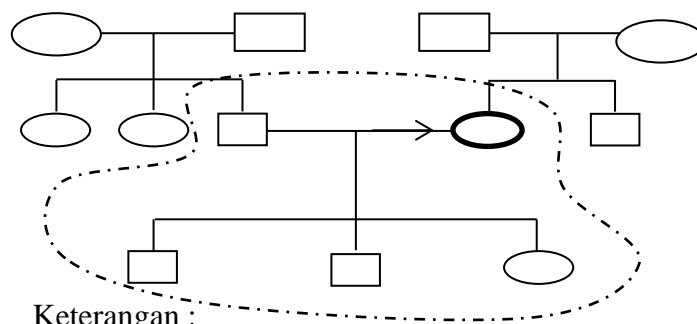
c. Riwayat perawatan di Rumah Sakit : klien pernah dirawat di Rumah Sakit 7tahun yang lalu karena stroke

d. Riwayat penyakit berat/kronis : stroke 7 tahun yag lalu, hipertensi, asam urat

e. Riwayat pengobatan : klien mengkonsumsi amlodipin untuk hipertensinya

f. Riwayat operasi : klien tidak memiliki riwayat operasi

4. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

— : Pernikahan

→ : Pasien

..... : Tinggal Serumah

┌ : Keturunan

C. Riwayat psikososial-spiritual

Klien kesulitan saat berkomunikasi dengan keluarganya, klien mendapat dukungan dari anak-anak dan keluarganya terhadap penyakit yang diderita, klien beribadan dibantu oleh keluarga.

1. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum saat sakit

a. Pola nutrisi

Makan 3x sehari melalui oral sebelum sakit dan saat sakit, nafsu makan berkurang saat sakit, klien tidak menjalani diet, tidak ada makanan tambahan dan tidak ada makanan yang menjadi pantangan, saat dan sebelum sakit kebiasaan makan klien teratur 2-3 sdm. Klien tidak mengalami perubahan berat badan sebelum dan saat sakit berat badan klien 3 bulan terakhir yaitu 67 kg.

b. Pola cairan

Saat sehat klien memenuhi kebutuhan cairannya melalui oral, namun saat sakit melalui oral dan parenteral. Jenis cairan saat sehat yaitu air mineral, dan saat sakit RL dan air mineral. Frekuensi cairan sebelum sakit 8-10 gelas perhari (2000-2500 cc), saat sakit frekuensi cairan klien hanya 4-5 gelas perhari (1000-1250 cc) serta terpasang RL 500ml dengan 20tpm.

2. Pengkajian eliminasi

Klien mengatakan tidak memiliki masalah dalam berkemih, BAK dengan frekuensi 10 x/hari dengan output perhari 1800 cc/hr. Warna urine jernih dan bau khas urine, tidak ada keluhan pada pola bab klien.

3. Pola personal hygiene

Klien mandi 2x/hari sebelum sakit, selama sakit klien belum pernah mandi hanya di lap basah oleh keluarga tiap pagi dan sore, klien menyikat gigi 2x/hari sebelum sakit, dan saat sakit klien hanya berkumur saja. Sebelum sakit klien mencuci rambut 1x/hari, selama sakit klien belum pernah mencuci rambutnya.

4. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum tidur klien memiliki kebiasaan yaitu berdoa, dan tidak minum obat tidur, saat sakit klien mengeluh sulit tidur karena sering timbul rasa nyeri dibagian kepala secara tiba-tiba pola tidur klien berubah saat sakit dan sering/mudah terbangun.

5. Pengkajian aktivitas dan istirahat

Sebelum sakit waktu luang klien digunakan untuk berinteraksi dengan tetangga sekitar rumah, saat sakit klien hanya berinteraksi dengan keluarga karena klien bedrest total. Sebelum sakit klien dapat beraktivitas secara mandiri melakukan aktivitas-aktivitas ringan. Saat sakit klien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri karena kelemahan otot ekstermitas sebelah kanan.

6. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

a. Pengetahuan klien tentang penyakitnya

Klien mengetahui tanda dan gejala dari penyakit yang di deritanya.

Klien dan keluarga mengatakan ini adalah stroke serangan kedua setelah pertama kali pada 7 tahun yang lalu

b. Tindakan keluarga mengatasi masalah kesehatan

Tindakan keluarga jika klien mengalami keluhan atau gejala stroke dan tidak bisa diatasi maka keluarga membawa klien ke rumah sakit.

c. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Klien tidak merokok, tidak minum-minuman keras, ataupun tergantung dengan obat.

7. Pola seksual reproduksi

- a. Klien dan keluarga mengatakan sudah tidak lagi menstruasi (menopause)
- b. Klien tidak menggunakan obat-obatan tertentu
- c. Tidak ada kelainan pada fungsi sistem reproduksi

D. Pengkajian fisik

1. Pemeriksaan umum

- a. Kesadaran : compos mentis E4M6V5
- b. Tekanan darah : 186/100mmHg
- c. Nadi : 80x/menit
- d. Pernafasan : 20x/menit
- e. Suhu : 36,2c
- f. TB/BB : 155/67 kg

2. Pemeriksaan fisik per sistem

- a. Sistem penglihatan
 - 1) Posisi mata Simetris
 - 2) Kelopak mata normal dapat menutup dan membuka dengan baik
 - 3) Pergerakan bola mata normal tidak ada kelainan
 - 4) Konjungtiva tidak anemis

- 5) Kornea mata jernih
- 6) Sklera tidak ikterik
- 7) Pupil berespon baik terhadap cahaya
- 8) Lapang pandang tidak dilakukan pemeriksaan
- 9) Tanda-tanda radang tidak ada
- 10) Tidak memakai alat bantu

b. Sistem pendengaran

Tidak ada keluhan pada sistem pendengaran klien

c. Sistem wicara

Sistem wicara klien terganggu, klien mengalami bicara pelo

d. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

- a) Nadi : 80x/menit
- b) Irama : teratur
- c) Denyut : kuat

2) Temperatur kulit : hangat

- a) Warna kulit : kemerahan
- b) Pengisian kapiler : <3 detik
- c) Edema : tidak ada edema

3) Sirkulasi jantung

- a) Kecepatan denyut apical : 80x/menit
- b) Irama : teratur
- c) Bunyi jantung normal : lup dup
- d) Kelainan bunyi jantung : tidak ada kelainan

e. Sistem pernafasan

Jalan napas normal tidak ada sumbatan, tidak ada sesak dan tidak ada nyeri, frekuensi napas 20x/menit, irama teratur, tidak ada suara tambahan, tidak menggunakan otot bantu napas, tidak menggunakan alat bantu napas, tidak terpasang WSD (Water Sealed Drainase).

f. Sistem neurologi

1) Glaslow Coma Scale (GCS) : E4 M6 V5 , kekuatan otot

5555		1111
5555		1111

2) Pemeriksaan sensorik

Fungsi indra peraba klien baik, klien dapat merasakan getaran, kulit klien dapat merasakan suhu panas/dingin.

3) Tanda rangsang meningeal

Tidak ada kaku kuduk.

4) Pemeriksaan syaraf kranial (N.I-N.XII)

Klien mengalami gangguan N.V (trigeminus) : klien sulit mengunyah.

N.IX-X : gangguan bicara & reflek menelan. N.IX : klien mampu menggerakkan bahu sebelah kiri, namun tidak dapat menggerakkan bahu bagian kanan.

5) Tanda peningkatan TIK : tidak ada tanda peningkatan TIK(Tekanan Intrakranial)

g. Sistem pencernaan

1) Keadaan mulut : tampak sedikit kotor dan air liur menetes bagian kanan

- 2) Kesulitan menelan : klien kesulitan mengunyah dan menelan
- 3) Muntah : muntah 1x
- 4) Nyeri daerah perut : tidak ada nyeri perut
- 5) Bising usus : 8x/menit
- 6) Massa pada abdomen : tidak ada massa pada abdomen
- 7) Asites : tidak ada asites pada perut
- 8) Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
- 9) Kolostomi : tidak terpasang kolostomi

h. Sistem immunology

Tidak ada tanda-tanda pembesaran kelenjar getah bening

i. Sistem endokrin

- 1) Napas berbau keton : tidak
- 2) Luka : tidak ada luka
- 3) Exophthalmus : tidak ada penonjolan
- 4) Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran tiroid
- 5) Tanda peningkatan kadar gula darah : tidak ada

j. Sistem urogenital

- 1) Distensi kandung kemih : tidak ada keluhan distensi kandung kemih
- 2) Nyeri tekan : tidak ada
- 3) Nyeri perkusi : tidak ada
- 4) Penggunaan kateter : tidak terpasang kateter
- 5) Keadaan genital : baik, tidak ada kelainan

k. Sistem integumen

- 1) Keadaan rambut

a) Kekuatan : tidak terlalu kuat

b) Warna : putih (uban)

c) Kebersihan : cukup bersih

2) Keadaan kuku

Kuku jari tangan dan kaki bersih

3) Keadaan kulit

Kulit tampak bersih, warna kemerahan, tidak ada luka dekubitus, dan tidak ada perdarahan.

1. Sistem muskuloskeletal

1) Keterbatasan dalam pergerakan

Klien mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan, baik tangan maupun kaki.

2) Sakit pada tulang sendi : Klien tidak merasakan sakit tulang ataupun sendi

3) Tanda-tanda fraktur : Tidak ada tanda-tanda fraktur

4) Kontraktur pada persendian : Tidak ada kontraktur persendian

5) Tonus otot : Lemah

6) Kelainan bentuk tulang dan otot : Tidak ada

7) Tanda-tanda radang pada sendi : Tidak ada peradangan

8) Penggunaan alat bantu : Tidak

m. Pengkajian prosedur

Klien mendapat *therapy intra vena* (IV), klien tampak terpasang infus Ringer Laktat 15 tetes permenit.

n. Pengobatan

Tabel 3. 1
Pemberian Obat Ny.S Di Ruang Fressia Lantai 3 RSUD Handayani
Kotabumi Lampung Utara
(23-25 November 2021)

23 November 2021	24 November 2021	25 November 2021
Therapy IV : Ringer laktat 15 tetes / menit	Therapy IV : Ringer laktat 15 tetes / menit	Therapy IV : Ringer laktat 15 tetes / menit
Therapy Injeksi : 1. Ranitidin 2x50 mg 2. Citicolin 2x100 mg 3. Ondan Sentron 2x4mg 4. Mecobalamin 3x500mg 5. Amlodipin 5mg	Therapy Injeksi : 1. Ranitidin 2x50 mg 2. Citicolin 2x100 mg 3. Ondan Sentron 2x4mg 4. Mecobalamin 3x500mg 5. Amlodipin 5mg	Therapy Injeksi : 1. Ranitidin 2x50 mg 2. Citicolin 2x100 mg 3. Ondan Sentron 2x4mg 4. Mecobalamin 3x500mg 5. Amlodipin 5mg

o. Hasil Laboratorium

Tabel 3. 2
Hasil pemeriksaan laboratorium Ny. S Di Ruang Fressia Lantai 3
RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara.
(23-25 November 2021)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
SGOT	23	<35
SGPT	27	<41
Ureum	24	20-40
Kreatin	0,9	0,6-0,9
Gula Darah Sewaktu	97	70-144
Hemoglobin	9.7	12.0-16.0
Leukosit	5.09	3600-11.000
Hemotorkit	4,3	4,0-5,0
Trombosit	291.000	150.000-400.000

p. Data Fokus

Dari hasil pengkajian telah didapat beberapa data senjang sebagai berikut :

Tabel 3. 3
Data Fokus Ny. S Di Ruang Fressia Lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi
Lampung Utara.
(23-25 November 2021)

Data subjektif	Data objektif
<i>1</i>	<i>2</i>
DS : 1. Klien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan 2. Klien mengatakan sulit beraktivitas 3. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena kelemahan otot 4. Klien mengeluh nyeri dikepala 5. klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak 6. Klien mengatakan nyeri seperti ditimpa benda tumpul 7. Mengeluh sulit menelan 8. Klien mengatakan nafsu makan menurun 9. Klien mengatakan tidak melakukan sikat gigi saat sakit 10. Klien mengatakan sulit tidur karna nyeri 11. Klien mengatakan pola tidur berubah 12. Klien mengatakan muntah 1x	DO : 1. Klien sulit berbicara sejak sore 2. Bicara pelo 3. TD : 186/100mmHg 4. Nadi : 80x/menit 5. RR : 20x/menit 6. Skala nyeri : 6 (0-10) 7. Klien tampak meringis 8. Gerakan terbatas 9. Tampak lemah 10. Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur 11. Kekuatan otot menurun $\begin{array}{r l} \hline 5555 & 1111 \\ \hline 5555 & 1111 \end{array}$ 12. klien hanya dilap keluarga tiap pagi dan sore 13. Rambut klien tampak kotor 14. Otot menelan lemah 15. Klien sulit mengunyah 16. Porsi makan tidak habis 17. Air liur klien menetes dibagian kanan 18. Cairan infus RL 500cc 15tpm 19. Ranitidin 2x50mg IV 20. Citicolin 2x100mg IV 21. Ondan sentron 2x4mg 22. Mecobalamin 3x500mg IV 23. Amlodipine 5mg

q. Analisis Data

Tabel 3. 4
Analisa data dan pengkajian Ny.S Di Ruang Fressia Lantai 3 RSU
Handayani Kotabumi Lampung Utara
(23-25 November 2021)

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS : DO : 1. TD : 186/100 mmHg 2. Nyeri dikepala	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Hipertensi
2	DS : Klien mengeluh sulit menelan DO : 1. Klien sulit mengunyah 2. Porsi makan tidak habis 3. Mengiler	Gangguan Menelan	Gangguan Saraf Kranialis
3	DS : 1. Klien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan. 2. Klien mengatakan sulit beraktivitas. 3. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena kelemahan otot. DO : 1. Tidak otot menurun <u>5555 1111</u> 5555 1111 2. Gerakan terbatas 3. Tampak lemah 4. Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskular
4	DS : 1. Klien mengeluh nyeri dikepala 2. klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak 3. Klien mengatakan nyeri seperti ditimpa benda tumpul DO : 1. TD : 186/100mmHg 2. Nadi : 80x/menit 3. RR : 20x/menit 4. Skala nyeri : 6 (0-10) 5. Klien tampak meringis 6. Klien tampak gelisah	Nyeri akut	Agen Pencedera Fisiologi

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
5	DS : DO : 1. Klien sulit berbicara sejak sore 2. Bicara pelo	Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan Neuromuskuler
6	DS: 1. Klien mengatakan nafsu makan menurun DO: 1. Otot menelan lemah	Risiko Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Menelan Makanan
7	DS : 1. Klien mengatakan tidak melakukan sikat gigi saat sakit DO: 1. klien hanya dilap keluarga tiap pagi dan sore 2. Rambut klien tampak kotor	Defisit Perawatan Diri	Gangguan Neuromuskuler
8	DS : 1. Klien mengatakan sulit tidur karna nyeri 2. Klien mengatakan pola tidur berubah DO :	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya Kontrol Tidur
9	DS : 1. Klien mengatakan muntah 1x DO :	Nausea	Peningkatan Tekanan Intrakranial

E. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data maka dapat ditegakan diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas utama sebagai berikut :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan Klien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, Klien mengatakan sulit beraktivitas, Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena kelemahan otot, kekuatan otot klien menurun.

3. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan klien mengeluh sulit menelan, klien sulit mengunyah, porsi makan tidak habis, mengiler.
4. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera iskemik ditandai dengan Klien mengeluh nyeri dikepala, klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak, Klien mengatakan nyeri seperti ditimpa benda tumpul, TD : 186/100mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Skala nyeri : 6 (0-10), Klien tampak meringis, klien tampak gelisah.
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan klien sulit berbicara sejak sore, bicara pelo..
6. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan klien mengatakan nafsu makan menurun, otot menelan lemah.
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan klien mengatakan tidak melakukan sikat gigi saat sakit, klien hanya dilap keluarga tiap pagi dan sore, rambut klien tampak kotor.
8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien mengatakan sulit tidur karna nyeri, klien mengatakan pola tidur berubah.
9. Neusea berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial ditandai dengan klien mengatakan muntah 1x.

F. Rencana Keperawatan



Rencana keperawatan 3 prioritas utama dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:




Tabel 3. 5
Rencana Keperawatan pada Ny.S Di Ruang Fressia Lantai 3 RSUD Handayani
Kotabumi Lampung Utara
(23-25 November 2021)



No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah sistolik membaik 3. Tekanan darah diastolik membaik	Pemantauan tekanan intrakranial 1. Mengkaji penyebab peningkatan TIK (hipertensi intrakraial idiopatik) 2. Memeriksa peningkatan tekanan darah
2	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstermitas atas dan bawah bagian kanan meningkat b. Kekuatan otot saat melakukan pergerakan meningkat c. Mampu melakukan gerakan ROM pasif	Dukungan mobilisasi 1. Menanyakan adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Menanyakan 3. Memeriksa kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	Gangguan menelan b.d gangguan syaraf kranial	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status menelan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tidak tersedak saat makan 2. Kemampuan mengunyah meningkat 3. Tidak ada air liur yang menetes 4. Tidak ada sisa makanan	Dukungan perawatan diri makan/minum 1. Memeriksa kemampuan menelan 2. Memeriksa kelembapan mukosa pasien 3. Mengatur posisi nyaman untuk makan/minum 4. Berikan bantuan saat makan/minum 5. Kolaborasi pemberian obat, sesuai indikasi jika perlu


G. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 6
Catatan Perkembangan pada Ny.S Di Ruang Fressia Lantai 3 RSUD Handayani
Kotabumi Lampung Utara
(23-25 November 2021)

No DX	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1	23/11/2021	<p>Pemantauan tekanan intrakranial</p> <p>Pukul 08.00</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji TTV Mengkaji keluhan nyeri Mengkaji skala nyeri Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi 	<p>Pukul 08.15</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri kepala pada skala 6 (0-10) Klien mengatakan nyeri seperti ditimpa benda tumpul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> TD : 186/100mmHg S : 36,5c N : 80 x/menit SpO2 :97% RR : 21 x/menit Pemberian obat penurun tekanan darah (amlodipin 5mg) <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji TTV Mengkaji keluhan nyeri Mengkaji skala nyeri Kolaborasi pemberian obat 	
2	23/11/2021	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Pukul 08.15</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji adanya keluhan fisik lainnya Menanyakan toleransi fisik melakukan pergerakan Mengkaji kekuatan otot 	<p>Pukul 08.30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tangan dan kaki lemah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah Gerakan klien terbatas Kekuatan otot <p style="text-align: center;"> $\begin{array}{r l} \underline{5555} & 1111 \\ 5555 & 1111 \end{array}$ </p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan Anjurkan mobilisasi dini (ROM pasif) Fasilitasi melakukan pergerakan 	

1	2	3	4	5
3	23/11/2021	Dukungan perawatan diri : makan/minum Pukul 08.30 1. Mengkaji kemampuan menelan klien 2. Mengkaji status hidrasi pasien 3. Mengatur posisi nyaman untuk makan/minum	S : Pukul 08.45 1. Klien mengatakan sulit menelan O : 1. Klien tampak sulit mengunyah 2. Klien tampak mengiler pada ujung bibir kanan 3. Porsi makan klien tidak habis A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Memeriksa kemampuan menelan klien 2. Mengatur posisi nyaman untuk klien makan/minum 3. Berikan bantuan pada pasien saat makan/minum	
1	24/11/2021	Pemantauan tekanan intrakranial Pukul 08.00 1. Mengkaji tekanan darah 2. Mengkaji keluhan nyeri kepala 3. Mengkaji skala nyeri 4. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi	Pukul 08.20 S: 1. Klien mengatakan nyeri kepala pada skala 4 (0-10) O: 1. TD 180/95mmHg 2. S : 36,8c 3. RR : 20x/menit 4. N : 70x/menit 5. SpO2 : 96% 6. Pemberian obat penurun tekanan darah amlodipin 5mg A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Mengkaji tekanan darah 2. Mengkaji keluhan nyeri 3. Mengkaji skala nyeri 4. Kolaborasi pemberian obat	
2	24/11/2021	Dukungan mobilisasi Pukul 08.20 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan 2. Menanyakan	Pukul 08.30 S : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan mengalami kelemahan O : Pukul 08.50 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak sudah bisa menekuk lutut dan menggenggam tangan	

1	2	3	4	5
		<p>adanya keluhan fisik klien</p> <p>Pukul 08.30</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji kekuatan otot klien Mengajarkan mobilisasi dini (ROM pasif) <p>Memberikan obat sesuai anjuran dokter</p>	<ol style="list-style-type: none"> dengan bantuan keluarga/perawat Kekuatan otot 5555 2222 5555 2222 Citicolin 2x100mg Mecobalamin 3x500mg <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji kekuatan otot <p>Mengkaji kekuatan ROM klien</p>	
3	24/11/2021	<p>Dukungan perawatan diri : makan/minum</p> <p>Pukul 08.50</p> <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan kemampuan menelan klien Menanyakan kemampuan mengunyah klien Berikan bantuan saat makan/minum 	<p>S :</p> <p>Pukul 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah bisa sedikit-sedikit menelan minum dengan bantuan keluarga <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak sulit mengunyah Porsi makan klien tidak habis <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan kemampuan menelan klien Berikan bantuan saat makan/minum Mengatur posisi nyaman untuk makan/minum 	
1	25/11/2021	<p>Pemantauan tekanan intrakranial</p> <p>Pukul 08.00</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji tekanan darah Mengkaji keluhan nyeri kepala Mengkaji skala nyeri Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi 	<p>Pukul 08.15</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri kepala pada skala 3 (0-10) <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah 180/90mmHg Pemberian obat penurun tekanan darah amlodipin 5mg <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	
2	25/11/2021	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Pukul 08.15</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji kekuatan otot Mengkaji kekuatan ROM 	<p>Pukul 08.30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sudah bisa digerakan dengan bantuan keluarga 	

1	2	3	4	5
	25/11/2021	Pukul 08.45 3. Anjurkan Memberikan obat pada pasien sesuai anjuan dokter	O : Pukul 09.10 1. Tangan klien tampak sudah bisa menggenggam dengan bantuan keluarga 2. Kaki klien sudah bisa digerakan dan lutut klien sudah bisa digerakan dengan bantuan keluarga 3. Kekuatan otot 5555 3333 5555 3333 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
3	25/11/2021	Dukungan perawatan diri : makan/minum Pukul 09.10 1. Mengkaji kemampuan menelan klien 2. Berikan posisi nyaman untuk makan/minum 3. Berikan bantuan saat makan/minum	S : Pukul 09.20 1. Klien mengatakan sudah bisa menelan air putih sedikit-demi sedikit O : 1. Klien makan dibantu oleh keluarga 2. Memfasilitasi klien untuk membantu klien makan 3. Porsi makan klien habis A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	