

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Ruang : Freesia lantai 4
No. MR/CM : 406
Tanggal pengkajian : 11 November 2021
Pukul : 08.00 WIB

A. Pengkajian

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

- 1) Nama (Inisial pasien) : Tn.K
- 2) Usia : 50
- 3) Status perkawainan : Sudah menikah
- 4) Pekerjaan : Wiraswasta
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Suku : Ogan
- 8) Bahasa yang digunakan : Ogan
- 9) Alamat rumah : Way kanan
- 10) Sumber biaya : BPJS 2
- 11) Tanggal masuk rs : 10 November 2021
- 12) Diagnose medis : Stroke Non Hemorogik

b. Sumber informasi (Penanggung jawab)

- 1) Nama : Ny.C
- 2) Umur : 42
- 3) Pendidikan : SMA
- 4) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 5) Hubungan dengan pasien : Istri
- 6) Alamat : Waykanan

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Pasien datang ke UGD RSUD Handayani Kotabumi diantar oleh keluarga pada tanggal 10 November 2021 pukul 18.15 WIB, dengan keluhan keluarga mengatakna pasien lemah kurang lebih sekitar 1 minggu, pasien tampak memegangi kepala (pusing), lemas, mual, tidak mutah, tidak demam dan sulit untuk bergerak pada tangan dan kaki sebelah kanan, pasien kesulitan bicara, bicaranya pelo.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian keluarga pasien mengatak pasien tiba tiba sulit berbicara

2) Keluhan penyerta

Tekanan darah 150/100 mmHg. Pasien mengatakn kepala terarasa pusing, tampak sulit menggerakan tangan dan kaki kanan dan nyeri tengkuk dan terasa berat.

3) Riwayat kesehatan lalu

Kelurga pasien mengatak pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes miletus sejak 3 tahun yang lalu. Kelurga pasien mengtakan pasien tidak memilili alergi makana ataupun obat obatan. Kelurga mengtakan sebelumnya pasien belum pernah dirawat dirumah sakit.

4) Riwayat kesehatan kelurga

Pada saat pengkajian kelurga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki kelurga yang berriwayat penyakit stroke

3. Riwayat psikososial

Saat dilakukan pengkajian pasien kesulitan komunikasi dengan keluarganya. Kelurga pasien saling mendukung dalam hal apapun system kepercayaan pasien tidak bertentanangan dalam hal agama.

4. Lingkungan

Kelurga pasien mengtakan lingkungan sekitar rumah dalam keadaan bersih dan terbebas dari polusi dan udara , tidak ada pekerjaan yang mengancam jiwa

5. Pola kebiasaan sehari- hari sebelum sakit dan saat sakit

1) Pola Nutrisi

a) Pola nutrisi sebelum sakit

Kelurga mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari, dengan menghabiskan 1 porsi makanan, tidak terjadi perubahan berat badan selama 3 bulan terakhir.

b) Pola nutrisi saat sakit

keluarga mengatakan saat sakit frekuensi makan pasien 3x sehari dengan setengah porsi makanan dengan menu yang disediakan rumah sakit. Dan pasien makan di bantu oleh keluarga

2) Pola cairan

a) sebelum sakit

sebelum sakit asupan cairan pasien melalui oral, pasien minum air putih , 8-9 gelas perhari

b) saat sakit

sakit asupan cairan pasien minum air putih hanya kurang lebih 4 gelas perhari

3) pola eliminasi

a) BAK/BAB sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien BAK2-3 kali sehari, pasien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau khas urine. Keluarga pasien mengatakan pasien 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 sehari 2-3 kali sehari dengan warna urine kuning , keluarga pasien mengatkan pasien BAB setelah 2 hari di rawat di rumah sakit , feses pada dan berwarna kuning,saat BAB pasien dibantu oleh keluarga

4) Pola Personal Hygiene

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mandi 2x dalam sehari, menggosok gigi 2x sehari, cuci rambut 2x dalam seminggu

b) Saat sakit

Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien dari hari kemarin belum mandi, pasien belum menggosok gigi, dan belum mencuci rambut dari hari kemarin.

5) Pola istirahat dan tidur

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien tidur 7-8 jam sehari, siang dan malam pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat sebelum tidur.

b) Saat sakit

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

6) Pola aktivitas dan latihan

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan melakukan pekerjaan sehari-hari dengan mandiri, dan melakukan aktifitas secara mandiri, seperti mandi, menggunakan pakaian, bak/bab. Makan dan minum.

b) Saat sakit

Saat sakit pasien mengatakan sudah tidak mampu melakukan pekerjaan seperti biasa. Pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur. Pasien mengatakan untuk aktifitas perlu bantuan dari keluarganya.

6. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan umum

Pada saat dilakukan pemeriksaan umum didapatkan hasil kesadaran apatis 12 GCS E4V3M5, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit dengan irama teratur dan tidak terdapat suara tambahan, suhu 36,9 C dan TB/BB 160/62 cm/kg.

b. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem penglihatan

Pada saat pengkajian posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwana merah muda, sklera anikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, pasien tidak menggunakan alat bantu berupa kacamata.

2) Sistem pendengaran

Pada saat dilakukan pengkajian pada pasien fungsi pendengaran baik tidak ada masalah, posisi telinga simetris, tidak ada tanda tanda peradangan dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran .

3) Sistem pernapasan

Pada saat pengkajian pernafasan pasien 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada sputum, irama pernapasan teratur, dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

4) Sistem kardiovaskuler

Pada saat pengkajian denyut nadi pasien 80x/menit, tidak ada distensi vena jugularis, suhu 36,9 C dengan keadaan hangat, pengisian kapiler <3detik, tidak ada edema. Tekanan darah 150/100mmHg.

5) Sistem neurologi

Pada saat pengkajian keadaan pasien apatis dengan nilai GCS= E4V3M6 (13). Pada saat pemeriksaan kranial, klien tidak memiliki masalah pada N.II optikus, lapang pandang klien tidak terganggu, pada N.III,IV,VI okulomotoris, koklearis, abduksen, klien mampu mengikuti mengikuti arah jari perawat, pada N.V klien mengalami paralysis (kelumpuhan) sehingga mengganggu aktivitas gerakan mengunyah, reflek kornea klien masih baik, N.VII klien mampu mengangkat alis simetris, namun tersenyum tidak simetris, N.VIII *vestibuloklearis* (pendengaran dan keseimbangan tubuh) pada klien tidak mengalami gangguan, klien masih bias mendengar perawat dan melakukan perintah, pada N.XI klien tidak mampu menggerakkan tangan, N.X vagus klien mengalami gangguan saat berbicara/mengucapkan kata-kata (pelo).

6) Sistem pencernaan

Pada saat pengkajian keadaan mulut pasien tampak bersih, pasien tidak mengalami gangguan saat menelan, pasien tidak muntah.

7) Sistem integumen

Pada saat pengkajian keadaan rambut pasien berwarna hitam, rambut pasien tampak lepek, sedikit berminyak dan kotor.

8) Sistem muskuloskeletal

Pada saat pengkajian pasien tampak lemah, pasien mengatakan tangan dan kakinya lemah untuk melakukan pergerakan. Pasien tampak dibantu dengan keluarga saat beraktivitas, pasien terlihat tirah baring ditempat tidur.

Kekuatan otot.

3333	5555
3333	5555

9) Sistem wicara

Pada saat pengkajian pasien tampak sulit berbicara, tidak simetris.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

1) infus ringer laktat 500cc/ 8 jam 20tpm

2) injeksi:

a) Citicoline 2x500 mg ampul

b) Mecobalamin 2x500 mg ampul

c) Keterolax 3x30 mg ampul

d) Ranitidine 2x50 mg ampul

e) Ondansentron 3x4 mg ampul

3) Oral:

a) Amlodipin 1x10 mg

b) Glimepiride 1x2 mg

8. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn.K Diruang Freesia Lantai III
RSU Handayani Kotabumi Lampung Ntara, tanggal 11 November 2021

No.	Nama pemeriksaan	Hasil tes	Nilai normal
1	Hemoglobin	17,70gr/dl	12,30-18,00 gr/dl
2	Leukosit	9,400	4,00-10,000
3	Hematokrit	48%	40-50
4	Trombosit	194,000	150,000-400,000
5	Kolestrol	134mg/dl	0-240mg/dl
6	Gula darah sewaktu	243mg/dl	70-180 mg/dl

9. Data fokus

Tabel 3. 2
Data fokus Pada Tn.K

Data subjektif	Data objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh kepalanya pusing, nyeri tengkuk dan terasa berat 2. Pasien mengeluh badannya lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien sulit diajak komunikasi (pelo) 4. Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan nya sulit digerakkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat lemah 2. Pasien terlihat gerakannya terbatas, seperti miring kanan miring kiri kesulitan, dan duduk ditempat tidur dibantu oleh keluarga. 3. Pasien terlihat sulit berbicara seperti ada penekanan 4. Pasien terlihat bicaranya nampak pelo, bibir tidak simetris 5. Saat berkomunikasi harus dekat pasien, terdapat kontak mata 6. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarganya

Data subjektif	Data objektif				
	<p>7. Tekanan darah 150/100 mmHg</p> <p>8. Pernapasan 20 x/menit</p> <p>9. Suhu 36,9°C</p> <p>10. Nadi 80 x/menit</p> <p>11. TB/BB 160/62 cm/kg12. GCS 13 (E4V3M6)</p> <p>12. Kekuatan otot klien</p> <table border="1" data-bbox="917 593 1093 683"> <tr> <td>3333</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>3333</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>13. Leukosit 9,400sel/ul</p> <p>14. Kolesterol 134 mg/dl</p> <p>15. Gula darah sewaktu 243 mg/dl</p> <p>16. Cairan infus RL 500 cc/8 jam 20 tpm</p> <p>17. Inj. Citocilin 2x500 mg</p> <p>18. Inj. Ranitidin 2x50 mg</p> <p>19. Inj. Mecobalamin 2x500 mg</p> <p>20. Inj. Ondansentron 3x4 mg</p> <p>21. Inj. Ketorolac 3x30 mgl</p> <p>22. Amlodipin 1x10 mg oral</p> <p>23. Glimepiride 1x2 mg oral</p>	3333	5555	3333	5555
3333	5555				
3333	5555				

10. Analisa Data

Tabel 3. 3
Analisa data dari hasil pengkajian Tn.K di Ruang Freesia
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara

No.	Data	Masalah	Etiologi				
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh kepala pusing dan nyeri tengkuk terasa berat 2. Pasien mengeluh lemas 3. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak gerakan terbatas sulit menggerakkan tangan dan kaki kanan 2. Pasien tampak memegang kepala 3. Pasien tampak lemah 4. Tekanan darah 150/100 	Perfusi jaringan serebral tidak efektif	Hipertensi				
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badannya terasa lemah 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga 3. Gerakan pasien tampak terbatas seperti miring kanan miring kiri 4. Pasien tampak terbaring di tempat tidur 5. Kerusakan N.XI (gangguan ekstremitas) 6. Kekuatan otot menurun <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>3333</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>3333</td> <td>5555</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tekanan darah 150/100 mmHg 8. GCS 13 (E4V3M6) 	3333	5555	3333	5555	Gangguan mobilitas fisik	Kekuatan otot menurun
3333	5555						
3333	5555						
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sulit berbicara <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak bicaranya pelo, bibir tampak tidak simetris 2. Terdapat kontak mata 	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler				

No.	Data	Masalah	Etiologi
	3. Saat diajak berkomunikasi pasien terlihat selalu meminta mengulangi apa yang ditanyakan perawat		

B. Diagnosa keperawatan

Dari hasil analisa data maka diagnose keperawatan berdasarkan skala prioritas sebagai berikut:

1. Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan tekanan darah sistolik meningkat, tekanan darah diastolik meningkat, dan sakit kepala.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan gerakan terbatas, kekuatan otot menurun, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, dan fisik lemah.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan afasia, pelo, dan sulit mengungkapkan kata-kata

C. Rencana keperawatan

Tabel 3. 4
Rencana Asuhan Keperawatan Tn. K Di Ruang Fresia RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara

No.	Diagnosa keperawatan	Rencana tujuan (SLKI)	Rencana intervensi
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 diastolik normal 3. Tidak ada sakit kepala 4. Tidak gelisah 5. Tidak ada kelesuan 6. Tingkat kesadaran meningkat 7. GCS E4V5M6	Manajemen 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 dokter
2	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor tanda-tanda vital sebelum mobilisasi 3. Monitor keadaan umum sebelum melakukan mobilisasi 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 5. Bantu melakukan pergerakan miring kanan miring kiri 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, duduk disisi tempat tidur.

No.	Diagnosa keperawatan	Rencana tujuan (SLKI)	Rencana intervensi
3.	Gangguan komunikasi verbal	Komunikasi verbal (L.13118) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Afasia menurun 5. Pelo menurun	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I. 13492) 1. Observasi monitorkecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis.memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mataberkedip, isyarat tangan) 5. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien 7. Beri dukungan psikologis 8. Anjurkan berbicaraperlahan 9. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

D. Catatan perkembangan

Tabel 3. 5
Catatan Perkembangan Hari Pertama tn.K Diruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara

No	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis, 11 November 2021	<p>Pukul : 09.00 WIB Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu)</p> <p>Pukul : 09.10 WIB Memonitor adanya keluhan pusing</p> <p>Pukul : 09. 20 WIB Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Pukul : 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian obat melalui <ol style="list-style-type: none"> (1) injeksi <ol style="list-style-type: none"> a) Citocilin 500mg ampul b) Ranitidin 50mg ampul c) Ondansentron 4mg ampul d) Mecobalamin 500mg ampul e) Ketorolac 30mg ampul 2. Berkolaborasi pemberian obat melalui oral <ol style="list-style-type: none"> a) Amlodipin 1x10mg b) Glimepiride 1x2mg 	<p>Pukul : 11.00 WIB</p> <p>S: O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kepalanya pusing 2. Pasien mengatakan badannya lemas 3. Pasien mengatakan tengkuk terasa berat 4. Pasien mengatakan nyaman saat diberi posisi semi fowler 5. Tekanan darah = 150/100 mmHg 6. Pernapasan = 20 x/menit 7. Nadi = 80 x/menit 8. Suhu = 36,9°C <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor adanya keluhan pusing 3. berikan posisi semi fowler selama 30 menit 4. kolaborasi pemberian obat dengan dokter 	 Lidia Lestari

No	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
2	Kamis, 11 November 2021	<p>Pukul : 11.20 WIB Mengkaji adanya keluhan fisik (mampu atau tidak melakukan mobilisasi)</p> <p>Pukul : 12.15 WIB Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Pukul : 12.20 WIB Membantu pasien mengubah posisi miring kanan miring kiri</p> <p>Pukul : 12.30 WIB Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dibantu dengan keluarga (merubah posisi setiap 2 jam sekali)</p>	<p>Pukul : 12.40 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan dan kaki kanan 2. Keluarga mengatakan aktivitas pasien selalu dibantu 3. Keluarga mengatakan sudah mulai paham tentang tujuan dan prosedur mobilisasi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien nampak terbaring ditempat tidur 2. Aktivitas pasien nampak dibantu oleh keluarga 3. Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tekanan darah : 150/100 mmHg 5. Nadi 80 x/menit 6. Pernapasan : 20 x/menit 7. Suhu: 36,8°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan latihan rom pasif atau rom aktif dengan bantuan keluarga untuk meningkatkan perrakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Bantu pasien mengubah posisi miring kanan miring kiri 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	3333	5555	3333	5555	 Lidia Lestari
3333	5555							
3333	5555							

No	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Kamis, 11 November 2021	<p>Pukul : 13.20 WIB Mengobservasi kecepatan, tekanan, kekuatan, volume bicara</p> <p>Pukul : 13.25 WIB Melihat perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Pukul : 13.28 WIB Menggunakan komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, isyarat tangan)</p> <p>Pukul : 13.30 Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan pasien (berdiri didepan pasien, mendengarkan dengan seksama)</p>	<p>Pukul : 13.50 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kesulitan berbicara <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien nampak kesulitan berbicara, bicaranya perlahan 2. Pasien terlihat susah mengeluarkan kalimat seperti ada penekanan, volume bicara kecil 3. Pasien nampak ada kontak mata saat berkomunikasi 4. Saat berkomunikasi pasien sering mengulangi pertanyaan, bicara pelo, bibir tampak tidak simetris <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume bicara 2. Gunakan komunikasi alternative 	 Lidia Lestari

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Hari Kedua Tn.K Diruang Freesia RSU Hanadayani Kotabumi Lampung Utara

No.	Tanggal / jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Jumat, 12 November 2021	<p>Pukul : 09.00 WIB Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu)</p> <p>Pukul : 09.10 WIB Memonitor adanya keluhan pusing</p> <p>Pukul : 09.12 WIB Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Pukul : 09.15 WIB Memberikan posisi semi fowler selama 30 menit</p> <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian obat melalui injeksi intravena <ol style="list-style-type: none"> a) Citocilin 500 mg ampul b) Ranitidin 50 mg ampul c) Ondansentron 4 mg ampul d) Mecobalamin 500 mg ampul e) Ketorolac 30 mg ampul 2. Berkolaborasi pemberian obat melalui oral <ol style="list-style-type: none"> a) Amlodipin 10 mg b) Glimepiride 2 mg 	<p>Pukul : 11.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kepalanya masih pusing 2. Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan yang tidak ramai pengunjung 3. Pasien mengatakan nyaman saat diberi posisi semi fowler <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih terlihat lemah 2. Tekanan darah = 130/100 mmHg 3. Pernapasan = 20 x/menit 4. Nadi = 82 x/menit 5. Suhu = 36,5°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor adanya keluhan pusing 3. Berikan posisi semi fowler selama 30 menit 4. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter 	 Lidia Lestari

No.	Tanggal / jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
2	Jumat, 12 November 2021	<p>Pukul : 11.30 WIB Melakukan latihan rom pasif atau rom dengan bantuan keluarga yaitu gerakan adduksi, abduksi, dan rotasi</p> <p>Pukul : 11.35 WIB Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Pukul : 12.00 WIB Membantu mobilisasi sederhana yaitu duduk diatas tempat tidur dan duduk disisi tempat tidur</p> <p>Pukul : 12.15 WIB Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dibantu dengan keluarga (merubah posisi setiap 2 jam sekali</p>	<p>Pukul : 12.40 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tangan dan kakinya mulai terasa membaik dapat digerakkan secara perlahan 2. Pasien mengatakan badannya sudah tidak lemas seperti kemarin <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu untuk duduk di atas tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur, dan pasien dapat miring kanan miring kiri 2. Pasien tampak tidak lemas 3. Tekanan darah : 130/100 mmHg 4. Nadi : 82 x/menit 5. Pernapasan : 20 x/menit 6. Suhu : 36,5°C 7. Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien dan keluarganya untuk melakukan latihan rom secara rutin 2. Latih ambulasi secara sederhana 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	4444	5555	4444	5555	 Lidia Lestari
4444	5555							
4444	5555							

No.	Tanggal / jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Jumat, 12 November 2021	<p>Pukul : 13.00 WIB Mengobservasi kecepatan, tekanan, kekuatan, volume bicara Menganjurkan pasien bicara secara perlahan</p> <p>Pukul : 13.15 WIB Menggunakan komunikasi alternatif (isyarat tangan)</p> <p>Pukul : 13.25 WIB Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan pasien (berdiri didepan pasien, mendengarkan dengan seksama)</p>	<p>Pukul : 13. 30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah mulai perlahan bicara dengan jelas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien nampak ada kontak mata saat berkomunikasi 2. Pasien terdengar bicara mulai jelas secara perlahan, volume bicara keras 3. Saat berkomunikasi pasien sering mengulangi pertanyaan, pasien bicara masih terlihat pelo, dan bibir tampak tidak simetris <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume bicara 2. Gunakan komunikasi alternatif 	 Lidia Lestari

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan Hari Ketiga Tn.K Diruang Freesia RSUD Hanadayani Kotabumi Lampung Utara

No.	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Sabtu, 13 november 2021	<p>Pukul : 10.00 WIB Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu)</p> <p>Pukul : 10.10 WIB Memonitor adanya keluhan pusing</p> <p>Pukul : 10.15 WIB Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Pukul : 10.20 WIB Memberikan posisi semi fowler selama 30 menit</p> <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi dalam pemberian obat melalui injeksi <ol style="list-style-type: none"> a) Citocilin 500 mg ampul b) Ranitidin 50 mg ampul c) Ondansentron 4 mg ampul d) Mecobalamin 500 mg ampul e) Ketorolac 30 mg ampul 2. Berkolaborasi dalam pemberian obat melalui oral <ol style="list-style-type: none"> a) Amlodipin 10 mg b) Glimepiride 2 mg 	<p>Pukul : 10.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan pusing kepala berkurang 2. Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan yang sepi pengunjung 3. Pasien nyaman saat diberikan posisi semi fowler selama 30 menit <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lebih rileks 2. Tekanan darah = 130/90 mmHg 3. Pernapasan = 22 x/menit 4. Nadi = 78 x/menit 5. Suhu = 36,7°C <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memonitor adanya keluhan pusing 3. Memberikan posisi semi fowler selama 30 menit 4. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter 	 Lidia Lestari

No.	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Sabtu, 13 November 2021	<p>Pukul : 10.30 WIB Melakukan latihan rom pasif atau rom dengan bantuan keluarga yaitu gerakan adduksi, abduksi, dan rotasi</p> <p>Pukul : 10.45 WIB Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Pukul : 10.55 WIB Mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi</p>	<p>Pukul : 11.40 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanannya mulai terasa membaik saat dilakukan latihan rom 2. Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu untuk duduk di atas tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur 2. Pasien mampu berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi secara mandiri 3. Tekanan darah : 130/90 mmHg 4. Pernapasan : 22 x/menit 5. Nadi : 78 x/menit 6. Suhu : 36,5°C 7. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 4444 & 5555 \end{array}$ <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga pasien untuk melakukan latihanrom secara rutin kepada pasien 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	 Lidia Lestari

No.	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Sabtu, 13 November 2021	Pukul : 13.00 WIB Mengobservasi kecepatan, tekanan, kekuatan, volume bicara Pukul : 13.15 WIB Menganjurkan pasien bicara secara perlahan Pukul : 13.25 WIB Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan pasien (berdiri didepan pasien, mendengarkan dengan seksama)	Pukul : 13.50 WIB S: 1. Pasien berkomunikasi dengan penguapan yang sudah jelas O: 1. Pasien nampak ada kontak mata saat berkomunikasi 2. Saat berkomunikasi pasien tidak lagi mengulangi pertanyaan, bicara pelo sudah berkurang, bibir simetris 3. GCS = E4V5M6 A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	 Lidia Lestari