

BAB III

LAPORAN STUDY KASUS

Ruang : Syaraf
No. MR/CM : 25.98.89
Pukul : 10.00 wib
Tanggal Pengkajian : 08 Maret 2021

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

a. Nama : Ny. S
b. Usia : 70 Tahun
c. Status perkawinan : Menikah
d. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
e. Agama : Islam
f. Pendidikan : SD
g. Suku : Jawa
h. Bahasa yang digunakan : Bahasa indonesia
i. Alamat rumah : Talang Jali Prokimau Lampung Utara
j. Sumber biaya : BPJS
k. Tanggal masuk RS : 07 Maret 2021
l. Diagnose medis : Stroke Non Hemoragik

2. Sumber Informasi (penanggung jawab)

a. Nama : Ny. J
b. Umur : 48 Tahun
c. Hubungan dengan kllien : Anak Kandung
d. Pendidikan : SD
e. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
f. Alamat : Talang Jali Prokimau Lampung Utara

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Klien datang ke IGD RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dengan diantar keluarganya. Klien datang pada tanggal 07 Maret 2021 dengan keluhan pusing, lemas pada seluruh tubuhnya, klien mengatakan tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, keluarga mengatakan klien mengalami mual dan muntah sebelum dibawa kerumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

1) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian, kesadaran klien samnolen E4 V3 M3 klien mengeluh pusing, klien mengatakan lemas pada seluruh tubuhnya, klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, anggota keluarga mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, pada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapat hasil tekanan darah 160/100 mmHg, denyut nadi 110x/menit lokasi pemeriksaan dinadi radialis dengan kualitas kuat, frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, CRT (Capillary Refil Time < 2 detik).

2) Keluhan penyerta

Keluarga klien mengatakan klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Keluarga mengatakan klien pernah koma dan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, klien tidak memiliki riwayat operasi, klien tidak memiliki riwayat obat-obatan dan sebelumnya klien pernah dirawat di Rumah Sakit

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat dilakukan pengkajian pada anggota keluarga didapatkan hasil klien tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan anggota keluarganya.

e. Riwayat Psikososial

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami stres mengenai masalah keuangan anggota keluarga, seluruh anggota keluarga mendukung dalam hal apapun termasuk pengobatan pasien, dan komunikasi klien sedikit terganggu sehingga kurang kooperatif ketika diajak bicara

f. Lingkungan

1) Rumah

Keluarga klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, bebas dari bahaya dan polusi

2) Pekerjaan

Klien tidak melakukan pekerjaan rumah ataupun pekerjaan lainnya karena kondisi yang tidak memungkinkan

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1) Pola nutrisi sebelum sakit

Sebelum sakit klien tidak memiliki gangguan, makan melalui oral 3x sehari, nafsu makan baik, dan tidak mengalami perubahan berat badan selama 3 bulan terakhir.

2) Pola nutrisi saat sakit

Saat sakit makan klien berkurang, nafsu makan menurun klien hanya menghabiskan 1/3 dari porsi makannya karena mengeluh mual dan muntah

h. Pola cairan

1) Pola cairan sebelum sakit

Sebelum sakit pola cairan klien seharusnya 9-10 gelas

2) Pola cairan saat sakit

Saat sakit pola cairan klien 6 gelas seharusnya, dibantu dengan cairan infuse yang terpasang di tangan kirinya

i. Pola eliminasi

1) BAB/BAK sebelum sakit

Sebelum sakit keluarga klien mengatakan BAK klien sebanyak 4-5 kali sehari dan BAB 1 kali sehari. Klien tidak mengalami gangguan dalam berkemih dan buang air besar

2) BAB/BAK saat sakit

Saat sakit keluarga klien mengatakan klien memakai pempers, diganti 3 kali sehari dan BAB 1 kali sehari

j. Pola aktivitas

Klien mengalami gangguan dalam melakukan aktivitasnya, aktivitas klien dibantu oleh anggota keluarga

k. Pengkajian fisik

1) Pemeriksaan umum

Kesadaran kompos mentis, tekanan darah 160/100 mmHg, denyut nadi 110x/menit lokasi pemeriksaan dinadi radialis dengan kualitas kuat, frekuensi pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, CRT (Capillary Refil Time < 2 detik) tinggi badan 160cm dan berat badan 48kg

2) Pemeriksaan fisik persystem

a) System penglihatan

Lapang pandang tidak ada masalah, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, konjungtiva anemis, sklera ikterik, tidak ada tanda-tanda radang

b) System pendengaran

Klien mampu mendengar dengan baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, klien mampu melakukan perintah yang diberikan

c) System bicara

Klien tidak mampu berbicara dengan jelas, pelo

d) System pernapasan

Frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak mengalami dispnea, tidak ada suara napas tambahan, suara napas vesikuler, irama pernapasan teratur

e) System kardiovaskuler

Nadi 110x/menit, nadi teraba kuat, tidak ada retensi vena jugularis, ctr < 2 detik

f) System neurologi

Pada saat dilakukan pengkajian kesadaran klien samnolen E4V3M3, klien tidak mengalami penurunan kesadaran. Pengkajian pada syaraf kranial ditemukan data berupa terjadi masalah pada nervus XI dengan

gangguan ekstremitas, klien mengatakan lemas pada seluruh tubuhnya dan nervus VII gangguan pada asimetris pada wajah, klien mampu mengangkat alisnya tetapi saat senyum tidak simetris

g) System integumen

Kulit klien tampak kusam, kering, warna kulit pucat, akral teraba dingin, keadaan rambut klien lepek, berantakan, dan bau

h) System muskuloskeletal

Klien mengalami penurunan motorik kekuatan otot

3333	4444
3333	4444

4. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Latihan ROM (Range Of Motion) pasif 2x sehari

b. Pantau tanda-tanda vital

Penatalaksanaan medis yang dilakukan pada Ny.S tercantum pada tabel dibawah ini

Tabel 3.1
Penatalaksanaan Medis yang dilakukan pada Ny.S di Ruang Syaraf RSUD
Mayjend HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara 08-10 Maret 2021

NO	Senin, 08 Maret 2021	Selasa, 09 Maret 2021	Rabu, 10 Maret 2021
1	Citicolin 2 x 500mg, iv	Citicolin 2 x 500mg, iv	Citicolin 2 x 500mg, iv
2	Ranithidine 2 x 25mg, iv	Ranithidine 2 x 25mg, iv	Ranithidine 2 x 25mg, iv
3	Captropil 3 x 50mg, oral	Captropil 3 x 50mg, oral	Captropil 3 x 50mg, oral
4	Ondansenton 3 x 4mg, iv	Ondansenton 3 x 4mg, iv	Ondansenton 3 x 4mg, iv
5	Ketorolac 3 x 30mg, iv	Ketorolac 3 x 30mg, iv	Ketorolac 3 x 30mg, iv
6	Sucralfate 3 x 5ml oral	Sucralfate 3 x 5ml oral	Sucralfate 3 x 5ml oral
7	Amlodhipine 1 x 10 mg oral	Amlodhipine 1 x 10 mg oral	Amlodhipine 1 x 10 mg oral

5. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.2
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. S di Ruang Syaraf RSUD Mayjend
 HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara

NO	Nama Pemeriksaan	Result Unit	Ref Range
1	Hemoglobin	11,0 g/dl	11,0-15,0 g/dl
2	Glukosa Puasa	108 mg/dl	70-110mg/dl
3	Ureum	30 mg/dl	15-39 mg/dl
4	WBC (White Blood Cell)	26,26 x 10 ³ /uL	4,00-10 ³ /uL
5	PLT (Trombosit)	374x 10 ³ /uL	150- 450/uL

6. Analisa Data

Tabel 3.3
Analisa Data pada Ny. S di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi, Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi				
1	2	3	4				
1	Ds : 1. Klien mengatakan pusing 2. Klien mengatakan tubuh terasa lemas 3. Klien mengatakan tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan 4. Klien mengatakan mual dan muntah Do : 1. Klien tampak lemas 2. Hasil pemeriksaan TD 160/100 mmHg 3. Klien tampak kesulitan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan	Gangguan Perfusi Jaringan Serebral	Hipertensi				
2	Ds : Klien mengeluh lemas pada seluruh tubuh nya Do : 1. Kekuatan otot menurun 2. Kekuatan otot <table><tr><td>3333</td><td>4444</td></tr><tr><td>3333</td><td>4444</td></tr></table> 3. Aktivitas klien dibantu dengan keluarga 4. Melakukan pergerakan terbatas	3333	4444	3333	4444	Gangguan mobilitas fisik	Gangguan neuromuskular
3333	4444						
3333	4444						

1	2	3	4
3	Ds : Keluarga mengatakan aktifitas klien dibantu dengan keluarga Do : 1. Tidak dapat melakukan aktifitas mandi, makan, berpakaian, dan toileting secara mandiri 2. Terlihat kusam	Defisit Perawatan Diri	Gangguan neuromuskular
4	Ds :- Do : 1. Klien terlihat pelo 2. Klien terlihat sulit menyusun kalimat 3. Klien terlihat sulit mengungkapkan kata-kata	Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan neuromuskular
5	Ds : Klien mengeluh mual dan muntah Do : Klien tampak menghabiskan 1/3 makanan dari porsi yang diberikan	Resiko Defisit Nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)

B. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan Perfusi Jaringan Serebral berhubungan dengan Hipertensi

Ds :

- 1) Klien mengatakan pusing
- 2) Klien mengatakan tubuh terasa lemas
- 3) Klien mengatakan tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan

Do :

- 1) Klien tampak lemas
- 2) Hasil pemeriksaan TD 160/100 mmHg
- 3) Klien tampak kesulitan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

Ds :

Klien mengeluh lemas pada seluruh tubuh nya

Do :

1) kekuatan otot menurun

2) Kekuatan otot

3333	4444
3333	4444

3) aktivitas klien dibantu dengan keluarganya

4) melakukan pergerakan terbatas

c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

Ds :

Keluarga mengatkan aktivitas klien dibantu keluarganya

Do :

1) Klien tidak dapat melakukan aktifitas mandi, makan, berpakaian dan toileting secara mandiri

2) Klien tampak kusam

d. Kerusakan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

Ds :-

Do :

1) Klien terlihat pelo

2) Klien terlihat sulit menyusun kalimat

3) Klien terlihat sulit mengungkapkan kata-kata

e. Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Ds :

Klien mengeluh mual dan muntah

Do :

Klien tampak menghabiskan 1/3 makanan dari porsi yang disediakan

C. Rencana Keperawatan

Nama Klien : Ny.S
 Dx Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Syaraf
 No. MR : 25.98.89

Tabel 3.4
 Rencana Keperawatan pada Ny. S di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM
 Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3	4
1	Gangguan Perfusi Jaringan Serebral berhubungan dengan hipertensi Ds : 1. Klien mengatakan pusing 2. Klien mengatakan tubuh terasa lemas 3. Klien mengatakan tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan 4. Klien mengatakan mual dan muntah Do : 1. Klien tampak lemas 2. Hasil pemeriksaan TD 160/100 mmHg 3. Klien tampak kesulitan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan	Perfusi jaringan serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah normal 2. Tidak ada sakit kepala/pusing 3. Tidak mengalami intrakranial	Monitor (pemantauan) tekanan intra kranial (I. 0619) 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor ireguleritas irama nafas 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 6. Monitor adanya keluhan pusing 7. Mengukur tanda-tanda vital

1	2	3	4
2	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular Ds : Klien mengeluh lemas pada seluruh tubuhnya Do : 1. Kekuatan otot klien menurun 2. Kekuatan otot 3333 4444 3333 4444 3. Aktivitas klien dibantu keluarga 4. Melakukan pergerakan terbatas	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kelemahan fisik teratasi 2. Gerakan terbatas menurun 3. Kekuatan otot meningkat 4. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur) 7. Lakukan latihan ROM pasif
3	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neurosmukular Ds : Keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarganya Do : 1. Klien tidak dapat melakukan aktivitas mandi, makan, berpakaian, dan toileting secara mandiri	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (I.11349) 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 3. Dukung pengguna pispot secara konsisten 4. Jaga privasi pasien selama eliminasi

1	2	3	4
	2. Klien tampak kusam	4. Minat perawatan diri meningkat	5. Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian (I.11350) 1. Sediakan pakaian yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 3. Jaga privasi saat berpakaian 4. Berikan pujian kemampuan berpakaian secara mandiri Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor kebersihan tubuh (rambut, kulit, dan kuku) 3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

D. Catatan Perkembangan Hari pertama

Nama Klien : Ny.S
 Dx Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Syaraf
 No. MR : 25.98.89

Tabel 3.5

Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. S di Ruang Syaraf
 RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 08-10 Maret 2021

No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	08 Maret 2021 Pukul 08.00 wib 1. Menanyakan keluhan klien 2. Mengatur posisi klien ketika bedrest 3. Membenarkan kepala dan leher klien dalam keadaan netral Pukul 08.30 wib Mengkaji perubahan tanda-tanda vital	08 Maret 2021 Pukul 09.00 wib S: Klien mengatakan masih pusing dan mengeluh mual O: Klien tidur dengan posisi semi fowler TD 160/100 mmHg, Nadi 110x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit A: Gangguan Perfusi Jaringan Serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Letakan kepala dan leher klien dalam posisi netral 2. Kurangi cahaya ruangan 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi: 1. Citicolin 2x500mg, iv 2. Ranitidine 2x25mg, iv 3. Captropil 3x50mg, oral 4. Ondansentron 3x4mg, iv 5. Ketorolac 3x30mg, iv 6. Sucralfate 3x5ml, oral 7. amlodhipine 1x10 mg, oral

1	2	3				
2	08 Maret 2021 Pukul 11.00 wib 1. Menanyakan adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada klien 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi Pukul 12.00 wib 1. Membantu pasien duduk guna melatih penyesuaian tubuh 2. Membantu pasien mobilisasi dan membantu memenuhi ADL dengan didampingi keluarga Pukul 12. 10 wib 1. Mengajarkan keluarga teknik mobilisasi yang aman, 2. Memindahkan klien hati-hati dengan memperlihatkan klien merasakan nyeri atau tidak	08 Maret 2021 Pukul 11.20 wib S: Klien mengatakan bagian tangan dan kaki merasa lemas O: 1. Klien tampak lemah 2. Kekuatan otot klien <table><tr><td>3333</td><td>4444</td></tr><tr><td>3333</td><td>4444</td></tr></table> 3. Keluarga paham dengan apa yang disampaikan A: Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Ajarkan keluarga mobilisasi dengan teknik yang aman 2. Latihan ROM pasif 3. Jelaskan pada keluarga tujuan latihan ROM	3333	4444	3333	4444
3333	4444					
3333	4444					
3	08 Maret 2021 Pukul 09.30 wib 1. Menanyakan jenis bantuan yang dibutuhkan oleh klien 2. Membantu memandikan klien dengan membasuh menggunakan waslap untuk membersihkan keringat ditubuh klien Pukul 10.00 wib 1. Membantu klien melakukan oral hygiene 2. Membantu klien mengenakan pakaian Pukul 10.20 wib Membantu klien berhias dan menyisir rambut	08 Maret 2021 Pukul 10.40 wib S: Klien mengatakan segar setelah dimandikan O: Klien tidak dapat melakukan aktivitas ketoilet, berpakaian, dan mandi secara mandiri A: Defisit Perawatan Diri belum teratasi P : Lanjut kan intervensi 1. Bantu klien mandi dengan didampingi keluarga 2. Bantu klien melakukan oral hygiene 3. Ajarkan keluarga ketika klien ingin pergi ke kamar mandi  Anggun pratiwi				

E. Catatan Perkembangan Hari ke Dua

Nama Klien : Ny.S
 Dx Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Syaraf
 No. MR : 25.98.89

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. S di Ruang Syaraf
 RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 08-10 Maret 2021

No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	09 Maret 2021 Pukul 14.00 wib 1. Mengatur posisi klien ketika bedrest 2. Meletakkan kepala dan leher klien dalam posisi netral Pukul 14.00 wib Mengurangi cahaya ruangan Pukul 15. 10 wib 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Kolaborasi pemberian obat: 1. Citicolin 2x500mg, iv 2. Ranithidine 2x25mg, iv 3. Captropil 3x50mg, oral 4. Ondansenton 3x4mg, iv 5. Ketorolac 3x30mg, iv 6. Sucralfate 3x5ml oral 7. Amlodhipine 1x10 mg oral	09 Maret 2021 Pukul 14.20 wib S: Klien mengatakan masih merasakan pusing O: 1. Hasil pemeriksaan TD 160/70 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,5C, RR 20x/menit 2. Diberikan obat melalui iv dan oral A: Gangguan Perfusi Jaringan Serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Letakan kepala dan leher klien dalam posisi netral 2. Kurangi cahaya ruangan 3. Kaji perubahan tanda-tanda vital 4. Kolaborasi pemberian obat: 1. Citicolin 2x500mg, iv 2. Ranithidine 2x25mg, iv 3. Captropil 3x50mg, oral 4. Ondansenton 3x4mg, iv 5. Ketorolac 3x30mg, iv 6. Sucralfate 3x5ml, oral 7. amlodhipine 1x10mg, oral
2	09 Maret 2021 Pukul 14.40 wib 1. Mengajarkan keluarga teknik mobilisasi yang aman,	09 Maret 2021 Pukul 15.00 wib S: Klien mengatakan bagian tangan dan kaki merasa lemas

1	2	3
	memindahkan klien dengan hati-hati dengan memperlihatkan klien merasakan nyeri atau tidak 2. Membantu pasien mobilisasi dan membantu memenuhi ADL dengan didampingi keluarga Pukul 15.30 wib Melatih ROM pasif dengan cara perawat menggerakkan jari-jari kedua tangan	O: Klien tampak lemah Kekuatan otot klien 3333 4444 3333 4444 A: Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Melatih ROM 2x sehari 2. Bantu pasien duduk untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh 3. Monitor apakah ada ketidaknyamanan seperti nyeri saat melakukan pergerakan
3	09 Maret 2021 Pukul 16.30 wib 1. Membantu memandikan klien dengan membasuh menggunakan waslap untuk membersihkan keringat ditubuh klien 2. Membantu klien melakukan oral hygiene Pukul 17.00 1. Mengajarkan keluarga mobilisasi ketika klien ingin pergi ke kamar mandi 2. Membantu klien berhias dan menyisir rambut	09 Maret 2021 Pukul 17.30 wib S: 1. Klien mengatakan segera setelah dimandikan 2. Keluarga mengatakan segala aktivitas klien tidak dapat dilakukan secara mandiri O: 1. Klien tidak dapat melakukan aktivitas ke toilet, berpakaian, dan mandi secara mandiri 2. Klien sudah tidak kusam lagi 3. Klien terlihat nyaman setelah dimandikan A: Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Bantu klien mandi dengan didampingi keluarga 2. Bantu klien melakukan oral hygiene  Anggun pratiwi

F. Catatan Perkembangan Hari ke Tiga

Nama Klien : Ny.S
 Dx Medis : Stroke Non Hemoragik
 Ruang : Syaraf
 No. MR : 25.98.89

Tabel 3.7

Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. S di Ruang Syaraf
 RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 08-10 Maret 2021

No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi				
1	2	3				
1	10 aret 2021 Pukul 08.30 wib Menukur tanda-tanda vital Pukul 08.50 Kurangi cahaya ruangan Pukul 12.00 wib Pemberian obat sesuai indikasi: 1. Citicolin 2 x 500mg, iv 2. Ranithidine 2 x 25mg, iv 3. Captropil 3 x 50mg, oral 4. Ondansenton 3 x 4mg, iv 5. Ketorolac 3 x 30mg, iv 6. Sucralfate 3 x 5ml oral 7. amlodhipine 1 x 10 mg oral	10 Maret 2021 Pukul 09.00 wib S: Klien mengatakan tidak merasakan pusing O: TD 140/80mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,5C, RR 20x/menit Diberikan obat melaluin iv dan oral A: Gangguan Perfusi Jaringan Serebral teratasi P: Hentikan intervensi				
2	10 Maret 2021 Pukul 09.00 wib Memindahkan klien dengan hati-hati dengan memperlihatkan klien merasakan nyeri atau tidak Pukul 11.00 wib Membantu pasien untuk duduk untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tbuh Pukul 11.15 wib 1. Monitor apakah ada ketidaknyamanan seperti nyeri	10 Maret 2021 Pukul 09.20 wib S: Klien mengatakan bagian tangan dan kaki masih terasa lemas O: 1. Klien tampak lemah 2. Kekuatan otot klien <table><tr><td>3333</td><td>4444</td></tr><tr><td>3333</td><td>4444</td></tr></table> 3. Klien mampu miring kanan dan kiri 4. Aktivitas klien masih dibantu keluarganya	3333	4444	3333	4444
3333	4444					
3333	4444					

1	2	3
	ketidaknyamanan seperti nyeri saat melakukan pergerakan 2. Melatih ROM pasif dengan cara menggerakkan jari-jari kedua tangan dan miring kanan dan kiri	A: Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Melatih ROM 2x sehari 2. Bantu klien berjalan jika fisiknya mampu
3	10 Maret 2021 Pukul 08.00 wib Membantu memandikan klien dengan membasuh menggunakan waslap untuk membersihkan keringat ditubuh klien dengan didampingi keluarga Pukul 08.25 wib 1. Membantu klien melakukan oral hygiene 2. Mengajarkan keluarga mobilisasi ketika klien ingin pergi ke kamar mandi	10 Maret 2021 Pukul 10.10 wib S: Klien mengatakan segar setelah dimandikan O: 1. Klien tidak dapat melakukan aktivitas ketoilet, berpakaian, dan mandi secara mandiri 2. Klien sudah tidak kusam lagi 3. Klien terlihat nyaman setelah dimandikan A: Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Ajarkan kepada keluarga klien seperti mandi, berpakaian, ketoilet, dan berhias  Anggun pratiwi